



OHJAUSVIDEO HATANPÄÄN SAI- RAALAN LEIKO24 YKSIKÖLLE

Karoliina Lehtola

Tuuli Viljanen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LEHTOLA, KAROLIINA & VILJANEN, TUULI:
Ohjausvideo Hatanpään sairaalan Leiko24 yksikölle

Opinnäytetyö 54 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Maaliskuu 2014

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjausvideo Hatanpään sairaalaan Leiko24 yksikölle potilasohjaukseen. Aihe oli työelämälähtöinen Hatanpään Leiko24 yksiköltä. Opinnäytetyömme oli tuotokseen painottuva, johon sisältyi teoriaosuus ja tuotoksena ohjausvideo.

Leiko, eli leikkaukseen kotoa, tarkoittaa toimintamallia, jossa potilas valmistautuu toimenpiteeseen kotona ja tulee toimenpideaamuna suoraan yksikköön. Leiko-toimintamalli on tullut Suomeen 2000-luvulla. Suomen terveystieteiden tavoitteena on tulevaisuutta ajatellen avohoidon lisääminen ja tarpeettoman laitoshoidon vähentäminen. Leiko-toimintamalli vähentää sairaalassaoloaika ja pienentää infektioriskejä. Lisäksi toiminta on kustannustehokasta. Henkilöstöressurit ovat pieniä ja potilasmäärät kasvavat. Tämän takia ohjausajat lyhenevät, mutta tiedontarve potilailla kasvaa. Leiko-potilaiden tulisi olla itsestään ohjautuvia ja huolehtia toimenpiteeseen valmistautumisesta kotona, siksi heidän hyvä ohjaaminen on tärkeää. Potilas tarvitsee tietoa, jotta hän osaa hoitaa itseään oikein.

Oppimateriaalin käyttäminen ohjauksen tukena on yleistynyt. Oppimateriaalina videon käyttäminen on hyvä niille potilaille, joiden on hankalaa lukea kirjallista materiaalia. Sähköisessä muodossa olevaa videota voi aina palata uudelleen katsomaan, sillä kaikki tieto ei välttämättä jäsenny heti ensimmäisellä katselukerralla.

Tuotoksena syntyi ohjausvideo, joka tehtiin Windowsin Movie Maker-sovelluksen avulla. Videossa käytettiin still-kuvia Hatanpään kantasairaalan Leiko24 yksiköstä. Videossa kuvat etenevät johdonmukaisesti kertojan äänen kertomana. Jaoin videon kahteen osaan: toimenpiteeseen valmistautumiseen ja toimenpidepäivään. Videon sisältö oli luotu yhteistyössä Leiko24 yksikön kanssa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä ohjausvideo, jonka avulla voidaan parantaa potilaan ohjauksen laatua. Tavoitteena oli taata kaikille suomenkielisille potilaille tasavertainen tiedonsaanti. Lisäksi tavoitteena oli lisätä omaa ammatillista tietämystämme Leiko-toiminnasta, preoperatiivisesta ohjauksesta ja opetusmateriaalin tekemisestä. Kehittämishetkenä on tutkia, miten opinnäytetyön tuotos palvelee Leiko24 yksikön potilaita. Tämän voisi tehdä kyselytutkimuksen avulla. Tulosten pohjalta tuotosta voisi muokata potilaille heidän tarpeita ja toiveita vastaavaksi.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

LEHTOLA, KAROLIINA & VILJANEN, TUULI:
Patient Guidance video for Hatanpää hospital FHTO24 unit

Bachelor's thesis 54 pages, appendices 9 pages
May 2014

The purpose of this study was to produce a video for the Hatanpää hospital FHTO24 unit patient education. The subject was working life based and requested by Hatanpää FHTO24 unit.

A guidance video for perioperative patients was produced as an outcome of the study. The video includes still images which are taken at the Hatanpää city hospital FHTO24 unit. The narrator's voice reports what is happening in the still images while at same time images are going forward consistently. We split the video in two parts: preparing for the procedure and the day of the procedure. The content of the video has been created in collaboration with the FHTO24 unit.

The objective of this study was to produce a control video to improve patient guidance. The aim was to ensure that all Finnish-speaking patients have equal access to information. In addition, the aim was to increase our own professional knowledge about the FHTO (from home to operation) operation, preoperative counseling, and how to make teaching materials. The development proposal is to study how the prepare of the thesis serves FHTO24 unit patients. This could be done through a questionnaire survey. Based on the results of the questionnaire survey the video could be edited to meet the needs and the expectations of the patients.

Keywords: From home to operation (FHTO), control, preparing for surgery, video

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
4	LEIKO	9
4.1	Leiko-toiminta	9
4.2	Hatanpään Leiko24 yksikkö	11
5	LEIKKAUKSEEN VALMISTAUTUMINEN KOTONA	13
5.1	Esikäynti	13
5.2	Potilaan valmistautuminen leikkaukseen	17
5.3	Toimenpidepäivä	19
6	POTILAAN OHJAAMINEN	22
6.1	Potilaan ohjaaminen hoitotyössä	22
6.2	Oppimisprosessi	25
6.3	Hyvä ohjaus	26
7	VIDEO OPPIMATERIAALINA	28
7.1	Video oppimateriaalina sosiaali- ja terveysalalla	28
7.2	Videon suunnittelu	29
7.3	Videon luonnostelu.....	30
7.4	Videon sisältö	31
8	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	33
8.1	Tuotoksen ulkoasu.....	33
8.2	Tuotoksen sisältö	34
8.3	Toteuttamisen vaiheet.....	35
9	POHDINTA.....	37
9.1	Eettisyys ja luotettavuus	37
9.2	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	39
	LÄHTEET	41
	LIITTEET	45
	Liite 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset.....	45
	Liite 2. Prosessikaavio	49
	Liite 3. Kuvaussuunnitelma 1	50
	Liite 4. Kuvaussuunnitelma 2.....	52
	Liite 5. Pptback.com kuvan käyttö lupa	54

1 JOHDANTO

Suomen terveystaloudellisena tavoitteena on avohoidon lisääminen ja tarpeettoman laitoshoidon vähentäminen. Tämän takia täytyy tehdä muutoksia hoito- ja toimintakäytäntöihin, jolloin hoidon turvallisuus ja potilaan selviytyminen varmistetaan. (Hautakangas, Horn, Liljeström & Raappana 2003, 7.)

Leiko, eli leikkaukseen kotoa, tarkoittaa yhdenmukaista preoperatiivista prosessia, jonka mukaan kaikkien erikoisalojen preoperatiiviset valmistelut tehdään potilaan kotona. Potilas tulee leikkauspäivän aamuna leikkaussalien läheisyydessä oleviin tiloihin ja sitä kautta leikkaukseen. (Tohmo 2010, 310.) Leiko-toiminnan on todettu pienentävän kustannuksia säästämällä hoitajien aikaa. Hoitajilla on enemmän aikaa keskittyä potilaiden postoperatiiviseen ja yksilölliseen hoitoon. Tämän mahdollistaa Leiko-prosessi, joka on hyvin organisoitua ja jokainen hoitaja tietää omat työtehtävänsä yksikössä. (Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3888) (liite 1.)

Hoitotyössä potilaiden ohjauksen tärkeys on kasvanut, koska hoitoajat sairaalassa lyhenevät ja potilaalta odotetaan enemmän valmiuksia hoitaa itseään (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005b, 10) (liite 1.) Ohjaus on tavoitteellista toimintaa, jossa edistetään potilaan oppimista hoitajan ohjaamana ja tukemana. Ohjaustarpeet lähtevät potilaasta itsestään ja ne ovat yksilöllisiä. Ohjauksen sisältö muokkautuu potilaan aikaisemman tiedon ja elämäntilanteen perusteella, jotta potilaalla olisi valmiudet hoitaa itseään. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005a, 27.)

Ohjauksessa voi käyttää videota oppimateriaalina. Sillä voi esittää kokemuksia, paikkoja, ohjeita ja tilanteita. Oppimateriaalina video on hyvä niille potilaille, joilla on hankalaa lukea kirjallista materiaalia. Video on ohjaustilanteessa hyödyllinen, helposti vastaanotettavaa ja taloudellinen tapa antaa riittävästi tietoa oikea-aikaisesti. Videon tukena voi käyttää myös kirjallista oppimateriaalia. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 116-117, 122.)

Leiko-toimintaa on ollut noin kymmenen vuotta Suomessa ja toimintaa yksiköissä halutaan kehittää parempaan suuntaan. Tämän opinnäytetyön aihe on Leiko24 yksiköstä lähtöisin ja siellä koettiin, että videomateriaali voisi olla toimiva ohjaustarkoituksessa.

Videomateriaalin avulla potilas saa rauhassa itsenäisesti tutustua Leiko-toimintaan ja leikkaukseen valmistautumiseen kotonaan internetissä tai esikäynnillä tv- kuvan välityksellä.

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi Leiko-potilaille ohjausvideon, koska aihe oli kiinnostava ja Leiko-toimintamalli oli meille uusi asia. Lisäksi videon tekeminen on meille uutta, joten otimme oppimisen kannalta haasteen vastaan. Aihe liittyi molempien opinnäytetyöntekijöiden suuntautumisvaihtoehtoihin: sisätauti-kirurgiseen- ja perioperatiiviseen hoitotyöhön. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ohjausvideo Hatanpään sairaalaan Leiko24 yksikön potilasohjaukseen. Ohjausvideossa käydään läpi vaiheittain, mitä Leiko24 yksikössä toimenpidepäivä sisältää. Ohjausvideossa käsittelemme toimenpidepäivää alkaen ilmoittautumisesta ja päättyen sairaanhoitajan antamiin kotihoito-ohjeisiin.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ohjausvideo Hatanpään sairaalaan Leiko24 yksikölle potilasohjaukseen.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä on Leiko-toiminta?
2. Miten potilas valmistautuu leikkaukseen kotona?
3. Minkälaista on potilaan hyvä ohjaaminen?
4. Millainen on hyvä video oppimateriaalina?

Tavoitteena on tehdä ohjausvideo, jonka avulla voidaan parantaa potilaan ohjauksen laatua, sillä potilaat tulevat leikkaukseen suoraan kotoa. Tavoitteena on taata kaikille suomenkielisille potilaille tasavertainen tiedonsaanti. Lisäksi tavoitteena on lisätä omaa ammatillista tietämystämme Leiko-toiminnasta, preoperatiivisesta ohjauksesta sekä opetusmateriaalin tekemisestä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Valitsemamme teoreettiset lähtökohdat ovat esiteltynä alla olevassa kuviossa (kuvio 1). Opinnäytetyössämme keskeisiksi käsitteiksi nousivat Leiko-toiminta, potilaan ohjaaminen, ohjausvideo ja leikkaukseen valmistautuminen kotona. Valitsimme nämä lähtökohdiksi, koska Leiko-toiminta on yleistynyt ja Leiko-potilaan itseohjautuvuus on tärkeää.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

4 LEIKO

Leiko, eli leikkaukseen kotoa, tarkoittaa yhdenmukaista preoperatiivista prosessia, jonka mukaan kaikkien erikoisalojen preoperatiiviset valmistelut tehdään potilaan kotona. Potilas tulee leikkauspäivän aamuna leikkaussalien läheisyydessä oleviin tiloihin ja sitä kautta leikkaukseen. (Tohmo 2010, 310.)

4.1 Leiko-toiminta

Leiko-toiminta kehitettiin 2000-luvulla kasvaneen potilasmäärän vuoksi. Resursseja tarvitaan lisää, vaikka terveydenhuollon henkilökunnan määrää ei lisätä toimintayksiköissä. Potilaat tulevat leikkauspäivän aamuna vastaanottoyksikön kautta leikkaussaliin käymättä ensin vuodeosastolla. Vain ne potilaat, joilla on suurempi riski komplikaatioihin, tulevat ensin anestesiologiseen arvioon esikäynnille. (Laisi 2013, 62) (liite 1.) Tarkoituksena on nopea toipuminen ja kotiin pääseminen, siksi anestesia suositellaan tehtäväksi spinaalipuudutuksena, laskimosedaationa tai paikallispuudutuksena. Yleisanestesiassa käytetään lyhytvaikutteisia anestesia-aineita, jotta potilaan toipuminen olisi nopeampaa. (Tuominen 2005, 266.)

Suomessa ensimmäinen Leiko-yksikkö avattiin Hyvinkäällä vuonna 2000. Hyvinkään sairaalassa ”leikkaukseen kotoa”- menettely on kehittynyt hyvin ja sen on todettu olevan potilaille turvallista ja kustannustehokasta. Laisin (2013) tutkimuksen mukaan leikkausaamuna yli 90% potilaista pystyy tulemaan leikkaukseen. Yleisin syy peruutuksille oli, ettei leikkaus ole enää potilaalle tarpeellinen. Helsingin yliopistosta Laisin (2013) tekemässä väitöstutkimuksessa on selvitetty kustannustehokkuutta, turvallisuutta ja leikkaustuloksia. Tutkimuksen mukaan leikkaustoiminnan avulla tulisi merkittävästi säästöä, jos Suomi laajemmin siirtyisi Leiko-toimintaan. (Laisi 2013, 62.)

Hyvinkään sairaalassa koettiin hyvänä, että potilaisiin otettiin yhteyttä päivää ennen leikkausta ja kerrottiin potilaan henkilökohtainen saapumisaika osastolle. Näin leikkausaamuna ei aiheudu ruuhkaa. Hyvinkäällä potilaat olivat pääsääntöisesti työikäisiä, mutta huomattiin, että yllättävän suuri määrä toiminnan alussa oli

eläkeikäisiä. Leiko-toiminta soveltuu etenkin niille potilaille, joilla ei ole kiire saada välitöntä hoitoa. (Keränen, Tohmo & Soirinsuo 2003, 3562-3563.)

Hyvinkään sairaalan tekemän tutkimuksen mukaan ajankäyttö on hyvin maksimoitu hoitajien ja potilaiden toimesta. Jotkut potilaat olisivat halunneet tutustua Leiko-yksikköön ennen tuloaan. Suurin osa potilaista piti tiloja rauhallisena ja hoitajien kanssa keskusteleminen yksikössä tuntui helpolta. Potilaat kokivat myös saaneensa riittävän paljon tietoa ennen leikkausta. Kutsukirje oli melkein kaikkien mielestä selkeä. Yli puolet eivät kokeneet tarvitsevansa lääkärin kanssa keskustelua ennen leikkausta. Avointen kysymysten vastaukset olivat positiivisia. Vastaukset osoittivat, että melkein kaikki potilaat halusivat olla viimeisen yönä kotona ennen leikkausta. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603-3605) (liite 1.)

Hoitotakuu tarkoittaa erikoissairaanhoidossa sitä, että potilas saa tarvitsemaansa sairaalahoitoa, joka on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Ennen hoitotakuuta potilaat saattoivat odottaa leikkaustaan vuosia. Nykyään leikkaukseen pääsee puolen vuoden sisällä leikkauspäätöksestä. Leiko-toimintaa edistää hoitotakuun toteutuminen, koska se nopeuttaa potilaiden pääsemistä hoitoon ja heille ei tarvitse tehdä uusia leikkausarvioita ja sen tuomia ylimääräisiä tutkimuksia. (Keränen 2006, 1412-1413.)

Ennen leikkauspäätöstä lääkäri katsoo lähetetietoja sekä edeltäviä sairaalatutkimuksia. Tämän jälkeen potilas kutsutaan sairaalaan ja päätetään voiko potilas tulla leikkaukseen suoraan kotoa. Lääkäri arvioi anestesiaan vaikuttavat sairaudet ja potilaan sosiaalisen ja psyykkisen tilan. Tämä siksi, että tiedetään pystyykö potilas ymmärtämään annetut ohjeet ja pystyykö hän valmistautumaan kotona ennen leikkausta annettaviin ohjeisiin. Potilaan tullessa esikäynnille, on hänen vointinsa voinut muuttua odotettuaan jonossa pitkän aikaa. Potilaan sairaus on voinut pahentua tai hän ei enää tarvitse leikkausta. Tutkimusten läpikäyminen, valinta ja kriittinen arviointi ovat osa toiminnan tehostamista. Kaikkia potilaita ei kutsuta esikäynnille. (Keränen ym. 2003, 3562-3563.)

Tieto leikkauksesta saapuu potilaalle noin 1-5 viikkoa ennen leikkausta. Leikkausamuna potilas tuo vielä esitietolomakkeen omasta terveydentilastaan Leiko-yksikön erilliseen ilmoittautumispisteeseen. Potilas ohjataan vaihtamaan vaatteet, jonka jälkeen hän saattaa vielä tavata lääkärin. Tarvittaessa potilas saa esilääkkeen.

Esilääkityksestä huolimatta potilas kävelee itse leikkaussaliin. (Keränen ym. 2006, 3603-3605.)

4.2 Hatanpään Leiko24 yksikkö

Tampereen Hatanpään kantasairaalassa otettiin 2012 uusi toimintamalli käyttöön (liite 2). Kaupunginhallitus halusi korjauksia taloudellisiin menoihin. Kaupunki katsoo uuden toimintamallin avulla myös pystyvänsä tarjoamaan palveluitaan muillekin kuin tamperelaisille potilaille. Hatanpäällä on korva-, nenä- ja kurkkutauti, ortopedisia urologisia, yleis-, plastiikka-, verisuoni- ja gastrokirurgisia potilaita. Myöhemmin yksikössä alkoi lääkkeellinen raskaudenkeskeytys ja maksabiopsia. Leiko24 yksikössä keskeisintä toimintaa on hoidonsuunnittelu, preoperatiiviset ohjauskäynnit ja leikkausvalmistelut. Lisäksi yksikössä on kymmenen vuodepaikkaa vuorokauden sisällä toimenpiteestä kotiutuville potilaille. Yksikkö toimii viikko-osastona. Yksikössä on käytössä kaksi fysioterapeuttia, jotka ohjeistavat potilaita sekä pre- että postoperatiivisesti kuntoutumisessa. (Lisma 2013a, 1-7.)

Hatanpäällä potilaiden leikkausvalmistelut tapahtuvat porrastetusti aamuseitsemästä lähtien. Jos potilaalta täytyy ottaa laboratoriokokeita tai häntä täytyy valmistella leikkausta varten, tulee hän aikaisemmin Leiko24 -yksikköön. Potilaat tulevat Leiko-yksikköön, missä sairaanhoitaja huolehtii, että leikkaukseen liittyvät valmistelut on tehty. Potilas vaihtaa pukuhuoneessa potilasvaatteet päällensä ja sen jälkeen hän voi mennä lukemaan lehtiä ja katsomaan tv:tä odotellessaan pääsyä leikkaussaliin. Jos potilas ei ole käynyt esikäynnillä, tapaa hän kirurgin ja anestesiologin ennen toimenpidettä. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämön kautta yksikköön tai jatkohoitopaikkaan osastolle A2 tai B3 (Lisma 2013a, 1-7.) Leiko-toiminta eroaa siis päiväkirurgiasta siinä, että potilas jää yksikköön, enintään 24 tunniksi. Tavoitteena on, että sairaalassaoloaika lyhenee ja näin infektioriski pienenee. (Pajunen 2009.)

Toiminnan alettua potilailta pyydettiin kirjallista palautetta Leiko24 yksikössä ja se oli lähinnä positiivista. Palautteen mukaan yksikössä hoitajat olivat ystävällisiä ja palvelu-
alttiita. Yksikössä otetaan potilaan toiveet huomioon muun muassa leikkausaikoja varat-
taessa ja mahdollisen jatkohoitopaikan suhteen. Leiko24 yksikkö mahdollisti nopean
kotiin pääsyn potilaan voinnin ja toimenpiteen sallimissa rajoissa. Potilaan omaiset otet-

tiin hyvin huomioon yksikössä. He saivat tulla mukaan esikäynnille ja kotiuttamistilanteisiin. Yksikössä ei ole vierailuaikoja. Yksikössä toimitaan hyvin moniammatillisesti ja etenkin fysioterapeutit saivat kiitosta toiminnastaan ja yksikön kehittämisestä. (Lisma 2013a, 3-4.)

5 LEIKKAUKSEEN VALMISTAUTUMINEN KOTONA

Potilas valmistautuu kotona leikkaukseen esikäynnillä saatujen ohjeistusten mukaan (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Potilaan tulee olla psyykkisesti valveutunut hoitamaan itse valmistautumisensa kotona ennen leikkausta sekä huolehtimaan jälkihoidostaan leikkauksen jälkeen (Hautakangas ym. 2003, 15, 18). Potilaan on tärkeää huolehtia ennen leikkausta levon saannista, peseytymisestä ja ravinnotta olemisesta. Mitä vähemmän aikaa potilas on sairaalassa ennen leikkausta, sitä vähemmän hän altistuu sairaalan bakteerikannalle. Kotoa suoraan leikkaukseen tuleminen on paras keino välttää ylimääräiset sairaalainfektiot. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

5.1 Esikäynti

Potilaan valmistautuminen leikkaukseen alkaa esikäynnillä, jossa hän voi tavata sairaanhoitajan sekä anestesiologin (Kinnunen, Korte & Lukkari 2007, 129). Esikäynti järjestetään yleensä 1-2 viikkoa ennen suunniteltua toimenpidettä. Mikäli esikäyntiä ei voida järjestää, potilas haastatellaan puhelimen välityksellä ja hänelle lähetetään kirjeitse kotiin ohjausmateriaalia sekä esitietolomake. (Alila, Maanselkä, Mustajoki & Rasimus 2005, 266.)

Tapaamisen aikana potilasta tullaan haastattelemaan ja tiedottamaan hänelle oleellisista asioista ennen leikkausta. Sairaanhoitaja ohjeistaa potilasta ja vastailee mahdollisiin kysymyksiin leikkausta koskien. Samalla hoitaja kerää tietoa turvallisen ja yksilöllisen hoitotyön perustaksi. Kunnollinen preoperatiivinen ohjaus parantaa kivun ja infektioiden hallintaa postoperatiivisessa vaiheessa. (Kinnunen ym. 2007, 129-130.) Tarkoituksena on, että potilas on mahdollisimman terve ennen leikkaukseen menoa. Muiden riskien lisääntyminen johtaa postoperatiivisiin komplikaatioihin ja hitaampaan paranemiseen. (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever 2010, 428-429.)

Ennen leikkauksen suorittamista käydään läpi terveyshistoria, fyysiset tutkimukset, vitaalielintoiminnot ja näitä tietoja vertaillaan toisiinsa. Fyysisten tutkimusten aikana otetaan huomioon monia asioita, mitkä vaikuttavat potilaan kohdalla leikkaukseen. Muun muassa geneettiset tekijät otetaan huomioon ehkäistäessä komplikaatioita

anestesian aikana. (Smeltzer ym. 2010, 429.) Läpi käydään myös potilaan leikkausalueen ihon kunto (Kinnunen ym. 2007, 129). Hampaiden kunto on tärkeä asia terveydelle, etenkin iäkkäille. Rikkinäiset hampaat tai tekohampaat saattavat lähteä irti kesken intubaation, tai ne voivat tukkia ilmatien kesken leikkauksen. (Smeltzer ym. 2010 429-430.) Esteenä leikkaukselle voi olla ylipaino (BMI yli 35), jokin perussairaus, psyykkinen sairaus tai päihteiden väärinkäyttö. Jos potilaalla on jokin perussairaus, kuten diabetes, tulee se hoitaa hoitotasapainolle, jotta leikkauskomplikaatiot olisivat mahdollisimmat vähäiset. (Alila ym. 2005, 266-267.)

Anestesiologin arvioinnin tarkoituksena on selvittää potilaan anestesariskit ja mahdollisesti poistaa ne. Riskit jakautuvat kolmeen tekijään: fyysiseen ja henkiseen kuntoon, kirurgiseen tautiin ja sen hoitoon sekä anestesiaan. (Karinen & Ali-Melkkilä 2006, 286.) Anestesiologin vastaanotolla käydään läpi esitiedot, päivän kulku ja toimenpide. Anestesiologi suunnittelee leikkauspäivän anestesiamuodon, lääkehoidon sekä leikkausta edeltävät laboratorio- ja muut tutkimukset. (Kinnunen ym. 2007, 129.)

Esitiedoissa käydään muun muassa läpi aikaisemmat sairaudet, käytössä oleva kotilääkitys, aikaisemmat anestesioidot, lääkeallergiat, potilaan käsitys omasta fyysisestä suorituskyvystä, tupakointi, alkoholin ja huumeiden käyttö, lähisukulaisten ongelmat anestesiassa, verenvuototaipumus, apuvälineet ja raskauden mahdollisuus. Näitä asioita voi kysyä kyselylomakkeen avulla, mikä auttaa preoperatiivisten tietojen keräämiseen. Kliiniseen tutkimukseen sisältyy keuhkojen ja sydämen kuuntelu, verenpaineen ja sydämen syketaajuuden mittaaminen, arviointi potilaan suorituskyvystä käytännön tilanteissa, ilmatien arviointi, kasvojen anatomia, kaularangan liikkuvuuden selvittäminen, puudutettavan alueen ihon kunnon tarkastelu ja mahdollisten liikerajoitusten selvittely. (Karinen & Ali-Melkkilä 2006, 286-288.)

Preoperatiivisen anestesiologin käynnin järjestäminen on vaihtelevaa eri leikkausosastoilla, vaikka sen on todettu olevan hyödyllinen hoitotyön kannalta. Sairaanhoitajat ovat olleet tyytyväisiä anestesiologin käynniltä saaduista etukäteistiedoista, jotka he saavat käyttöönsä tietojärjestelmästä tai suunnitelmalomakkeesta. Tietojärjestelmään kirurgit kirjaavat myös muun muassa toivomuksia leikkausasennosta ja leikkausvälineistä. Tiedot auttavat leikkauksen suunnittelussa ja järjestämisessä. (Kinnunen ym. 2007, 129-131.)

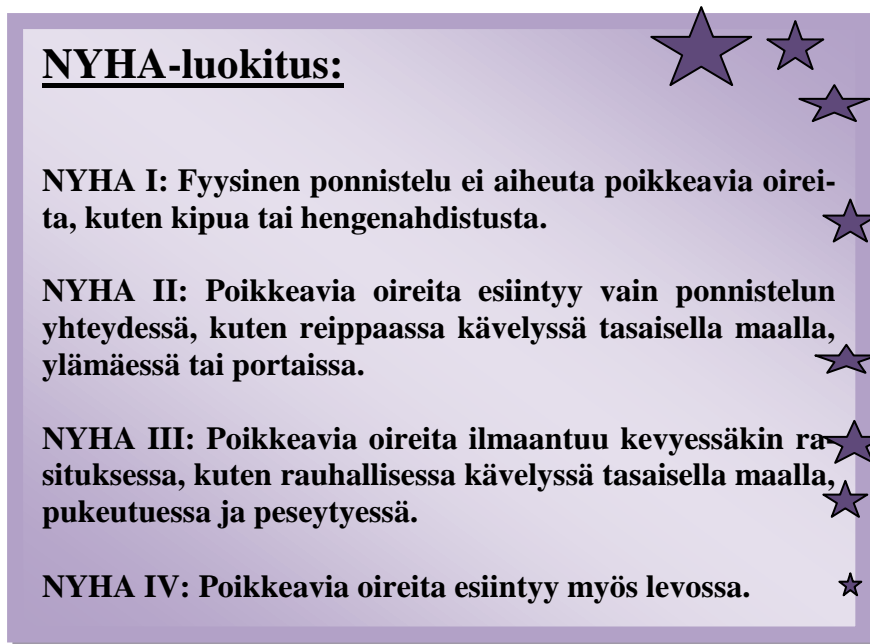
Lisäksi anestesiaan liittyvät riskitekijät käydään NYHA- (kuvio 3) ja ASA- luokitusten (kuvio 2) avulla läpi. (Kinnunen ym. 2007, 129.) ASA- luokituksen avulla voidaan kuvata potilaan sairastuvuutta, kun hänelle suunnitellaan leikkausta. Luokituksen avulla pystytään ennustamaan leikkaukseen liittyviä komplikaatioita, jotka saattavat johtaa kuolemaan. ASA- luokitus ei perustu matemaattiseen malliin tai potilasaineistoon, vaan kyseessä on kuvaileva luokitus. Tietojärjestelmään kirjataan jokaisen Suomessa leikat-tavan potilaan ASA- luokitus. Luokituksen tekeminen on yksinkertaista ja nopeaa, mut-ta arvioiden laatu riippuu arvion tekijästä. (Kontinen & Hynynen 2003, 340-341.) ASA-riskiluokitus tulee olla 1-2. Jos potilaan perussairaus on hyvin hoidettu ja tasapai-nossa, ASA 3-4 ei ole ongelma leikkauksen järjestämiseksi. (Tuominen 2005, 266.) Riskiä lisäävät liitännäissairaudet, fyysinen suorituskyky ja intubaatio-ongelmat. (Suo-malaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008.)

Suomessa käytössä oleva ASA- luokitus:

- 1. Terve alle 65-vuotias.**
- 2. Terve yli 65-vuotias henkilö tai henkilö, jolla on lievä yleissairaus.**
- 3. Henkilö, jolla on vakava yleissairaus, joka rajoittaa toimintaa, mutta ei uhkaa henkeä.**
- 4. Henkilö, jolla vakava, henkeä uhkaava yleissairaus.**
- 5. Kuolemansairas potilas, jonka arvioitu elinaika ei ylitä 24h ilman leikkausta.**

KUVIO 2. ASA-luokitus (Kontinen & Hynynen 2003, 340-341)

NYHA-luokitus on kehitetty sydän- ja verisuonisairauksien vaikeusasteen arviointiin, jossa kartoitetaan tutkittavan oireita fyysisissä ponnistuksissa. NYHA-luokitus soveltuu kaikille potilaille ja sitä voidaan käyttää myös klinisen rasituskokeen yhteydessä. Luo-kitus tehdään haastattelemalla ja haastatteliija arvioi potilaan toimintakyvyn neliluokkai-selle asteikolle. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011.)



KUVIO 3. NYHA-luokitus (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011)

Ne potilaat, jotka tulevat leikkaukseen toimenpideaamuna, tulisi heiltä huomioida leikkaukseen soveltuvuus. Soveltavuuteen vaikuttaa pääseminen samana päivänä takaisin kotiin, anestesiamuodon valinta, leikkauksen ajoitus, sosiaaliset olot, saattajan varmistaminen ja muut kotiuttamiseen liittyvät asiat ja potilasinformaation antaminen. (Kari-
nen & Ali-Melkkilä 2006, 288.)

Joidenkin leikkausosastojen sairaanhoitajat ovat perustelleet sairaanhoitajien esikäyntien jättämistä väliin sillä, että anestesiologin tapaamista pidetään tärkeämpänä luotettavan ja riittävän tiedonsaannin takia. Näin vältetään kahden eri ammattiryhmän päällekkäisiltä ohjaustiedoilta. Kuitenkin sairaanhoitajat kokevat heille tärkeäksi saada potilaan fyysisestä ja psyykkisestä voinnista tietoa hoitovalmisteluita varten. (Kinnunen ym. 2007, 131.) Saarelan (2013) tekemän tutkimuksen mukaan potilaat olivat jännittyneempiä lääkäreiden kuin sairaanhoitajien vastaanotolla. Potilaat kokivat myös, että sairaanhoitajien vastaanotolla oli helpompi avautua ongelmistaan ja hoitajien ohjaus oli helpommin ymmärrettävämpää. (Saarela 2013, 38-39) (liite 1.)

Lahtisen ja Pekansaaren (2013) Leiko24:n maahanmuuttajapotilaille tekemän haastattelun mukaan ne potilaat, jotka saivat hyvät valmistautumisohjeet leikkaukseen, tulivat turvallisin mielin sairaalaan toimenpidepäivänä. He kokivat, että esikäynnillä oli tarpeeksi aikaa keskusteluun. Jännitystä lievensi myös sairaanhoitajan ja anestesiologin tapaaminen. Kirjallisia ohjeita potilaat pitivät myös tärkeinä, koska niitä pystyi kotona

käymään läpi uudelleen, esimerkiksi perheenjäsenten kanssa ja palauttamaan mieleen asioita, joita kerrottiin esikäynnin aikana. Myös hoitajien ystävällinen ja kunnioittava käyttäytyminen nähtiin positiivisena asiana ohjauksessa. (Lahtinen & Pekansaari 2013, 30-31.)

Vastaanotolla on tärkeää kartoittaa potilaan psyykkisiä voimavaroja. Potilaan voimavarojen kartoittamisen jälkeen tulee käydä läpi leikkaushoitoon liittyviä tunneperäisiä tekijöitä, kuten pelkoja. Leikkauspelkoa saattaa olla myös niillä potilailla, joilla on aikaisempaa kokemusta leikkaushoidosta. (Kinnunen ym. 2007, 129.) Laitinen (2003) on tutkinut hoitajien kokemuksia potilaiden leikkauspeloista ja niiden tunnistamisesta. Tutkimuksen mukaan potilailla oli enemmän pelkoja puudutuksen sattumista kohtaan kuin nukutusta. Suurimpana pelkona koettiin myös toimenpiteen jälkeinen kipu ja elämä. (Laitinen 2003) (liite 1.)

Potilailla voi olla myös pelkoja ja turvattomuuden tunnetta, kipua ja kontrollin menettämistä kohtaan. Pelkkä teknologinen ympäristö saattaa aiheuttaa epävarmuutta, mutta on potilaita, joilla ei ole kielteisiä ennakko-olettamuksia teknologista ympäristöä kohtaan. (Kinnunen ym. 2007, 129.) Leikkauspelosta tulee ongelma, jos se vaikuttaa potilaan päätöksentekoon jättää tarpeellinen leikkaus väliin (Igwig 2013). Hoitaja voi tunnistaa pelon ja ahdistuksen tuomia fyysisiä oireita, jos potilas on kalpea, hikinen tai puhumaton (Laitinen 2003). Tiedonsaanti, hyvä ohjaus, hoitajan ystävällinen käyttäytyminen ja läsnäolo tilanteessa vähentävät potilaan ahdistusta ja pelkoa leikkausta kohtaan (Kinnunen ym. 2007, 129).

Hatanpään Leiko24 yksikössä esikäynti toteutuu 1-2 viikkoa ennen toimenpidettä. Kaikkien potilaiden ei tarvitse käydä yksikössä esikäynnillä, vaan esitiedot voidaan kerätä puhelimitse tai kirjeitse. Esikäynnin tarkoituksena on saada potilaalta hänen terveyteensä liittyvää tietoa sekä antaa potilaalle ohjausta toimenpiteeseen valmistautumiseen liittyen. (Lisma 2013b.)

5.2 Potilaan valmistautuminen leikkaukseen

Leikkaukseen valmistautuminen alkaa kotona. Potilaan on tärkeää huolehtia levon saannista, sekä peseytymisestä illalla miedoilla pesuaineilla välttämällä ihon voimakasta

hankausta ja hajusteita. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013.) Kotona ennen leikkausta ei saisi itse poistaa ihokarvoja leikkausalueelta. Iho tarkistetaan aina ennen leikkausta. (Työohje 2013a, 3.) Leikkausalueen ihon tulee olla ehjä ja terve. Anestesian aikaista tarkkailua ja monitorointia varten potilaan tulee olla meikitön ja ilman kynsilakkaa. (Lisma 2013b.)

Oikea ruokavalio on tärkeässä roolissa välttääkseen infektiota ja muita kirurgisia komplikaatioita sekä auttaa haavojen parantumisessa. Huomioitavaa on painonpudotus, aliravitseminen, vajavaisuus tietyissä ruoka-aineissa sekä metabolinen häiriö. Aliravitseminen tulisi korjata ennen leikkaukseen menoa. Dehydraatio, hypovolemia ja elektrolyyttitasapainohäiriö saattaa johtaa vakaviin ongelmiin potilailla, jotka ovat monisairaita ja iäkkäitä. (Smeltzer ym. 2010, 429.) Verensokerin tulee olla 4,5-8mmol/l tasolla, koska verensokerin tavoitearvolla voidaan pienentää leikkauriskiä sekä leikkauksen jälkeistä infektioriskiä (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012).

Tärkein syy, ettei ruokaa ja nesteitä saa juoda ennen leikkausta on ehkäistä aspiraatiota (Smeltzer ym. 2010, 437). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (2013) mukaan on annettu yleinen ohje, että ravinnotta tulee olla 6 tuntia ennen leikkausta. Lääkärin määräämät toimenpideaamuna otettavat aamulääkkeet saa ottaa veden kera. (Pohjois-Pohjanmaa 2013.)

Alkoholia tai muitakaan päihteitä ei saa nauttia leikkauspäivää edeltävänä päivänä (Lisma 2013b). Komplikaatioiden riski kasvaa mitä enemmän käyttää alkoholia. Jos alkoholista pidättäytyy kokonaan 1-2 kuukautta, liikakäytön aiheuttamat muutokset korjaantuvat kokonaan tai osittain. Tupakasta pidättäytyminen 3-6 viikkoa ennen leikkausta vähentää postoperatiivisia komplikaatioita. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008.) Keuhkojen hapenottokyvyn tulisi olla mahdollisimman hyvä ja limanerityksen vähäistä. Tämän takia potilaan tulisi olla tupakoimatta puolen yön jälkeen. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Kotiin tulisi varata valmiiksi peruskipulääkkeitä ja puhtaita sidetaitoksia (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013). Jos potilas kotiutuu toimenpidepäivänä, tulee hänellä olla täysi-ikäinen saattajana ja yöseurana toimenpiteen jälkeiseen aamuun saakka (Lisma 2013b). Mahdolliset apuvälineet tulisi myös hankkia etukäteen kotiin

ennen leikkausta (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010). Potilas voi ottaa tarvittavat henkilökohtaiset tavarat mukaan sairaalaan, mutta suuret rahasummat ja arvokkaammat esineet kuitenkin suositellaan jättämään kotiin (Lisma 2013b).

Jos potilaalla on hengitysteissä tulehdus, on leikkausta syytä siirtää 1-2 viikkoa eteenpäin (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008). Infektiopesäkkeet on hyvä havaita leikkauksen turvallisuuden ja parantumisen kannalta. Infektiopesäkkeitä ovat muun muassa märkivät hammasjuuret, ihorikot ja virtsatieninfektio. Tulehdus tulee hoitaa, jotta leikkaus voidaan suorittaa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

5.3 Toimenpidepäivä

On tärkeää, että potilas ymmärtää menevänsä leikkauspäivänä ensiksi odotustilaan, ennen kuin pääsee leikkaussaliin. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämöhön ja sieltä yksikköön, josta hänet kotiutetaan myöhemmin samana päivänä. Hoitajan tulisi varmistaa vielä, että potilaalla on suunnitelma kuinka pärjätä kotona. (Smeltzer ym. 2010, 428.)

Leiko-potilaiden saapumisajat ovat porrastetusti toimenpideaamuna, jotta kaikki potilaat eivät tulisi samaan aikaan. Tällöin vältetään turhalta odottamiselta toimenpiteeseen. Potilaat voivat tulla myös erillisinä ryhminä, eli kaikki aamupäivän potilaat tulevat samaan aikaan aamulla ja iltapäivän potilaat iltapäivällä. Tällä menetelmällä aamupäivän potilaat ehtivät kotiutua ennen iltapäivää. Näin mahdollistetaan yhden potilaspaikan hyödyntämistä kahdesti päivässä. Tämä vähentää leikkausjonoja ja potilaat pääsevät nopeammin hoitoon. (Iivainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 151.)

Potilaan saapuessa sairaalaan sairaanhoitaja ohjaa potilaan vaihtamaan sairaalan vaatteet päälle (Iivainen ym. 2001, 151). Potilaan tulee riisuutua kellosta, koruista, omista vaatteistaan. Kuulolaite ja silmälasit saavat jäädä, jos potilas ei tule toimeen ilman niitä. Puudutusleikkauksissa hammasproteesit saavat jäädä potilaalle. Tukosten ja keuhkoembolian riskin minimoimiseksi saatetaan niitä tarvitseville laittaa hoitosukat. (Alila ym. 2005, 267-268.) Hoitaja arvioi samalla potilaan soveltuvuutta kirurgiseksi potilaaksi ja täyttää anestesia-lomakkeen (Iivainen ym. 2001, 151). Hoitaja täyttää

anestesiaomakkeeseen potilaan pituuden, painon, verenpaineen, pulssin, potilaan lääkityksen, allergiat ja tärkeimmät laboratorioarvot (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 63).

Lääkäri voi määrätä leikkausta edeltävälle yölle tarvittaessa unilääkkeen hyvin levänneen potilaan yön turvaamiseksi. Ennaltaehkäisevä mikrobilääkitys ja pienimolekyylinen hepariini saatetaan tarvittaessa antaa potilaalle. Esilääkitys annetaan tarvittaessa ennen leikkausta. (Alila ym. 2005, 268.) Sen tarkoituksena on lievittää kipua ja rentouttaa potilasta, jotta potilaan on helpompi valmistautua tulevaan leikkaukseen. Esilääkitys on anestesiologin päätettävissä. Ennen esilääkkeen ottoa tulisi käydä virtsaamassa, jotta rakko olisi mahdollisimman tyhjä leikkausta varten. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Leiko24 yksikössä potilaat ohjataan tulemaan Hatanpään kantasairaalan Leiko24 yksikköön toiseen kerrokseen. He ovat saaneet kutsukirjeessä saapumisajan. Jos potilaalta otetaan verikokeita aamulla, tulevat he jo hieman aikaisemmin yksikköön. Potilaat ilmoittautuvat sihteerille, joka kirjaa heidät sisään sairaalaan. Potilas valmistautuu leikkaukseen pukeutumalla sairaala-asuun sekä poistamalla korut ja kellot. Hän saa käteensä potilasrannekkeen. Samalla potilas täyttää arvoesinekaavakkeen. (Työohje 2013a, 1-2.)

Insuliinidiabeetikot saavat heti tullessaan suonensisäisen nesteytyksen, josta laitetaan heti tippumaan hitaasti sokeriliuosta. Samalla mitataan verensokeri. Kun leikkauslistan mukaiset järjestelyt on tehty, potilas voi mennä odottamaan odotushuoneeseen leikkaukseen pääsyä. Hoitaja varmistaa, että kaikki verikokeet, ekg ja MRSA- näytteet on otettu ja vastattu, verenpaine mitattu, potilas on ollut syömättä ja juomatta tarvitun ajan ja, että leikkausalueen iho on siisti ja ehjä. (Työohje 2013a, 1-3.) Marevania syövien potilaiden INR arvo tulisi kontrolloida leikkauspäivän aamuna tai edeltävänä päivänä (Työohje 2013b, 1). Jos potilas ei ole esikäynnillä tavannut anestesiologia, kirurgia ja fysioterapeuttia, tapaa hän heidät ennen leikkausta (Lisma 2013b).

Valmistelut hoitaja kirjaa Leiko24 yksikössä Pegasos tietojärjestelmään ja anestesiakaavakkeelle kirjataan hoitajan antamat lääkkeet, verensokeriarvot ja muut toimenpiteet. Tarvittaessa potilas saa esilääkkeen ennen leikkausta. Potilasta kutsutaan nimellä odotushuoneessa ja potilas itse kävelee leikkaussaliin. Hoitaja antaa tarvittaessa

raportin leikkaussaliin. Tietyt potilasryhmät, kuten ortopediset potilaat, menevät ennen leikkausta heräämööseen puudutettavaksi. (Työohje 2013a, 1.)

6 POTILAAN OHJAAMINEN

Sairaanhoitajan työhön kuuluu potilaiden ja heidän omaisten ohjaaminen terveyteen ja sairauteen liittyvissä asioissa. Potilaan ohjaustarpeet lähtevät potilaan fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tarpeista ja ne ovat yhteydessä potilaan elämäntilanteeseen. (Iivainen ym. 2001, 71-72.) Onnistunut hyvä ohjaus rakennetaan vuorovaikutustaitojen avulla ja hoitajan ammattitaidolla. Nykykäsityksen mukaan ohjauksella edistetään potilaan kykyä toimia elämässään haluamallaan tavallaan. Hoitajan tulee muistaa ohjaustilanteessa, että potilas on elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. (Kyngäs ym. 2007, 25-26, 145.) On havaittu, että hyvällä ohjauksella on hyvä vaikutus potilaan toipumiseen toimenpiteestä. Hyvin ohjatut potilaat toipuvat nopeammin leikkauskomplikaatioita ja he ovat aktiivisempia leikkauksen jälkeen, kuin potilaat joilla ohjaus oli vähäisempää. (Holmia ym. 2004, 64.)

6.1 Potilaan ohjaaminen hoitotyössä

Ohjausajat ovat lyhyet, mutta suullisen ja kirjallisen tiedon tarve kasvaa. Lyhentyneiden hoitoaikojen takia potilaalta nykyään odotetaan enemmän itsehoitovalmiuksia ja hoitoon sitoutumista. (Hautakangas ym. 2003, 58.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määritellään, että potilaalla on itsemääräämisoikeus ja hänellä on oikeus saada tietoa, jotta hän voi tehdä valintoja omasta hoidostaan. Laki velvoittaa hoitohenkilökuntaa antamaan tietoa potilaalle hoitoon liittyvistä asioista ja antamaan potilaalle mahdollisuuden osallistua omaan hoitoonsa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.)

Ohjauksen tarkoitus hoitotyössä on antaa tietoa ja neuvoa terveyden- ja sairaanhoidosta. Sillä pyritään myös vaikuttamaan potilaan asenteisiin ja käyttäytymiseen. (Iivainen ym. 2001, 71-72.) Tämä siksi, jotta potilas sitoutuisi hoitoon paremmin ja selviytyisi kotona itsenäisesti. Ohjaus koostuu asioista, joita potilas tuo esille ja ovat tärkeitä hänen terveydelleen, sairaudelleen ja hyvinvoinnilleen. Hoitajan tehtävä on tunnistaa ja arvioida ohjaustarpeita yhdessä potilaan kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 25-26, 145.)

Ohjauksen tarkoitus ei ole vain luennoida potilaalle sairauteen tai terveyteen liittyvistä asioista, vaan potilaalle tulee antaa mahdollisuus arvioida ja miettiä uutta tietoa ja kuinka se sopii hänen elämäänsä. Potilas on ohjauksessa aktiivinen ongelmanratkaisija ja hoitaja tukee potilasta päätöksenteossa antamalla hänelle valmiita ratkaisuja. Ohjauksen rakenne on muihin keskusteluihin nähden paljon suunnitelmallisempaa ja tavoitteellisempaa. Ohjaussuhteessa vallitsee molemminpuolinen tasa-arvo. (Kynäs ym. 2007, 25, 87.) Jotta ohjaus tuottaisi tulosta, potilaan tulisi olla motivoitunut, jotta hän omaksuu ohjauksessa käytyt asiat ja pystyy hyödyntämään niitä elämässään (Kääriäinen ym. 2005a, 27).

Oppiminen voi olla joillakin potilailla hidas ja voimavaroja vievä prosessi. Positiiviset kokemukset auttavat vahvistamaan opittua asiaa. Sairaanhoidajan työssä on tärkeää arvioida potilaan oppimisvalmiudet ohjaustilanteessa ja tämän tiedon avulla auttaa potilasta eri menetelmin oppimaan ohjauksesta. (Hautakangas ym. 2003, 60-62.) On havaittu, että motivoiva ohjaus johtaa paremmin tavoitteeseen kuin tavanomainen ohjaus. Yhdelläkin ohjauskäynnillä on vaikutusta potilaaseen, mutta paras vaikutus saadaan useammalla käynnillä. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Tavoitteellisella ja aktiivisella ohjauksella voidaan auttaa potilasta tarkkailemaan ja tekemään valintoja toimintatapojensa muuttamisessa. Toimintatapojen muuttaminen vaatii aina potilaalta motivaatiota asiaa kohtaan. (Kääriäinen 2005a, 27.) Asiat jotka edistävät potilaan motivaatiota ohjauksessa ovat muun muassa väittelyn välttäminen ja itseluottamuksen tukeminen. Ohjauksessa tulisi välttää väittelyä ja oman tiedon oikeellisuuden todistelua, koska ne vain provosoivat potilasta, eikä motivoi häntä. Vaikka potilas ei käyttäydy halutusti ohjaustilanteessa, ei tulisi hoitajan provosoitua. Ohjaukseen tulisi tuoda positiivisia asioita ja tukea potilaan itseluottamusta. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Hoitajan empatia myös edistää potilaan motivaatiota ohjaukselle, koska potilas näkee hoitajan olevan kiinnostunut asiastaan ja on näin motivoituneempi ohjauksessa. Tämä näkyy ohjauksessa niin, että hoitaja on aktiivisesti mukana keskustelussa ja osoittaa myös olemuksellaan olevansa kiinnostunut potilaan asioista. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Kääriäinen ym. (2005) on tehnyt tutkimuksen jossa hän on selvittänyt potilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta. Tutkimustuloksena oli, että potilaat tarvitsevat enemmän ohjausta ennen sairaalaan tuloa kuin sairaalassa. He kaipaavat enemmän ohjausta sairauden hoitoon liittyvissä asioissa. (Kääriäinen ym. 2005b, 11-14.) Potilaiden tiedontarve on yksilöllistä. Jotkut haluavat tietää tarkkaan toimenpidepäivästä ja jotkut haluavat mieluummin kuulla muiden potilaiden kokemuksia leikkauksesta. Tiedontarpeeseen vaikuttaa ikä, kehitystaso ja potilaan koulutus. Yleensä potilaat haluavat tietoa toimenpidepäivästä alkuvalmisteluista kotiinlähtöön asti. Potilaalle annettavan tiedon tulee olla ymmärrettävää, selkeää ja perusteltua. (Hautakangas ym. 2003, 44.)

Ohjauksen tavoitteet tulisi tehdä yhdessä potilaan kanssa, jotta tavoitteista tulee realistiset ja potilaan elämään sopivat. Ohjauksen suunnittelussa tulee huomioida, mitä potilaan täytyy tietää, mitä tietoa on ennestään ja mikä on paras tapa oppia uusi asia. Ohjauksen tavoitteen lisäksi ohjauksen tulisi edistää potilaan hoitoon sitoutumista ja tyytyväisyyttä. Onnistuneeseen ohjaukseen vaikuttavat hoitajan tiedot ohjattavasta asiasta, ohjaustapa sekä ohjaustilat. (Kääriäinen ym. 2005a, 28-29.)

Ohjaustilanteessa kommunikoidaan sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Tavoite vuorovaikutustilanteelle on kuitenkin se, että saavutetaan yhteisymmärrys molempien keskustelijoiden välillä. Vuorovaikutuksen aikana yli puolet viesteistä saattaa olla sanattomia viestejä. Sanattoman viestinnän avulla hoitaja voi nähdä potilaan ymmärtämisen tason hänen reagoidessa asioihin eleillään tai ilmeillään. Sanattomalla viestinnällä on suuri merkitys vuorovaikutustilanteissa. Vaikka sanallisella viestinnällä on pieni osa vuorovaikutustilanteessa, tulee hoitajan huomioida, että sanojen merkityksiä ei ymmärretä väärin. Sanojen merkitykset voivat vaihdella eri kulttuureissa ja kielissä. (Kyngäs ym. 2007, 38-39.)

Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät ovat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. Fyysisillä taustatekijöillä tarkoitetaan ikää, sukupuolta, sairautta ja terveydentilaa. Psyykkisillä taustatekijöillä tarkoitetaan potilaan käsitystä terveydentilastaan, motivaatiota, kokemuksia, mieltymyksiä sekä oppimistapoja. Motivaatio vaikuttaa hoidon sitoutumiseen ja hoidon tärkeyden omaksumiseen. Sosiaaliin taustatekijöihin vaikuttavat esimerkiksi potilaan käyttäytyminen, jotta ohjaustavoitteeseen päästään. Taustatekijöihin vaikuttavat myös kulttuuri, uskonto ja eettiset tekijät, jotka ohjaavat potilaan toimintaa. (Kyngäs ym. 2007, 28-35.)

Yksilöllisessä ohjauksessa tulee huomioida taustatekijät. Eri-ikäisillä ihmisillä on omanlaiset ohjaustarpeensa. Ikääntyneillä potilailla voi olla esimerkiksi fyysisiä rajoitteita, jotka tulee huomioida ohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 28-35.) Omaisia tulee myös huomioida ohjauksessa, koska hekin kamppailevat muuttuneen elämäntilanteen kanssa ja tarvitsevat tietoa arjen suoriutumisesta, jotta voivat auttaa läheistään. Tämä auttaa potilasta paremmin jaksamaan toimenpiteen jälkeen kun omaiset pystyvät tukemaan potilasta. (Hautakangas ym. 2003, 43).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) painotetaan ammattietiikan tärkeyttä, jossa tulisi ajatella aina asiakkaan etua. Tämä tarkoittaa ohjauksessa, että hoitajan tulee toimia eettisesti oikein hyviä käytäntöjä noudattaen ja kertoa potilaalle oikeaa ja hänen tarvitsemaansa tietoa ohjattavasta asiasta. Ohjattavan tiedon tulee olla ajantasaista ja tutkittua tietoa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.) Pelkän tutkitun tiedon lukeminen ei riitä yksinään, vaan sen tulee olla sovellettu potilaan ohjaukseen. Hoitaja saattaa joutua muokkailemaan aiempaa tietoperustaansa uuden ajantasaisen tutkitun teoriatiedon takia. (Kyngäs ym. 2007, 154-155.)

6.2 Oppimisprosessi

Hoitajan ammattitaitoon kuuluu potilaan ohjaaminen tietäen miten uusi tieto voidaan oppia. Ammattitaitoon kuuluu myös hallita erilaisia lähestymistapoja ja oppimistyyplejä sekä niiden soveltamista ohjaustilanteissa. Kokematon hoitaja saattaa käyttää tukena vain sovittuja ohjeita ja luottaa määräyksiin. Hän voi olettaa, että potilaskin luottaa määräyksiin. Oppimisessa valikoidaan, jäsennellään ja muokataan uuden tiedon mukauttamista vanhaan tiedettyyn tietoon. Potilas käsittelee mielessään opittavaa asiaa ja muokkaa entisiä käsityksiään. (Hautakangas ym. 2003, 60.) On havaittu, että potilaat ohjauksessa muistavat parhaiten tiedon, jonka he ovat saaneet näkö- ja kuuloaistin välityksellä. Ohjaustilanteessa olisi hyvä käyttää useita eri menetelmiä oppimisen vahvistamiseksi. (Kääriäinen ym. 2005a, 28-29.)

Oppimista voi edistää erilaisin keinoin. Oppimisessa eri aistit välittävät ja vastaanottavat tietoa potilaan muistiin. Potilaaseen pyritään vaikuttamaan eri keinoin kuten neuvonnalla, opetuksella ja ohjauksella. Asia on opittu, kun annettujen toimintaohjeiden jälkeen tapahtuu toivottua käyttäytymistä. (Hautakangas ym. 2003, 60-)

63.) Oppimista voidaan myös tukea esimerkiksi sanattomalla viestinnällä tai kysymällä kysymyksillä ohjattavasta aiheesta, jotta herätetään potilaan mielenkiinto asiaa kohtaan (Kyngäs ym. 2007, 87).

Oppiminen on yksilöllistä ja ohjauskin tulee tapahtua yksilöllisiä eroja huomioiden. Potilaan rooli hoitosuhteessa on olla oman elämänsä asiantuntija ja hän pyrkii selviytymään oman sisäisen hallinnan avulla erilaisista vaikeuksista toimenpiteen jälkeen. (Hautakangas ym. 2003, 68-69.) Ohjaustilanteessa tulee potilasta havainnoida tarkkailemalla ja kuuntelemalla. Kun potilasta havainnoi yleiskuvan selvittämiseksi, on helpompi arvioida potilaan ohjaustarpeet. (Saarela 2013, 38-39.)

Potilas on ohjauksessa aktiivinen ongelmanratkaisija ja hoitaja tukee potilasta päätöksenteossa antamalla hänelle valmiita ratkaisuja. Ohjauksen rakenne on muita keskusteluja nähden paljon suunnitelmallisempaa. Ohjaussuhteessa vallitsee molemminpuolinen tasa-arvo. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Potilaalle on annettava ohjaustilanteessa mahdollisuus pohtia opittuaan asiaansa, koska tieto joka ei jäsennny muistiin unohdetaan. Uuden oppimisessa potilaan tulee olla avoin uudelle opittavalle asialle, jotta oppiminen voi tapahtua. Potilas voi tarvita perusteluita opittavalle asialle, jonka jälkeen opittu asia saa yksilöllisen merkityksen. (Hautakangas ym. 2003, 61.)

6.3 Hyvä ohjaus

Hyvällä ohjauksella on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia potilaan terveyteen. Se edistää muun muassa potilaan kotona pärjäämistä, elämänlaatua ja motivaatiota hoitoon. (Kyngäs ym. 2007, 145.) Ohjauksen tarkoituksena olisi vähentää potilaan epävarmuutta ja pelkoa sairautta kohtaan. Onnistuneeseen ohjaukseen vaikuttavat sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot ja se, kuinka sairaanhoitaja osaa käyttää ohjauksessa hyötynä ajantasaista ja tutkittua teoretietoa. (Ohtonen 2006.)

Hyvässä ohjauksessa hoitaja on etukäteen valmistellut ohjauksen sisältöä ja suunnitellut ohjauksen kulkua, jotta potilaan kanssa yhteiseen tavoitteisiin pääseminen on mahdollista (Hautakangas ym. 2003, 76). Laadukkaaseen ohjaukseen tarvitaan asianmukaisia resursseja. Yleensä ohjauksen laatu on hyvää, mutta aikaa ohjaukseen käytetään liian vähän. Laadukas ohjaus on aktiivista, tavoitteellista, potilaslähtöistä ja vaikuttavaa toi-

mintaa. On todettu, että viidennes potilaista ei koe ohjausta potilaslähtöisenä, vaikka hoitohenkilöstö niin arvioisi ohjauksen olevan. Potilaslähtöinen ja riittävä ohjaus on tärkeää, koska se on yhteydessä ohjauksesta tuleviin vaikutuksiin. Kun ohjaus on laadukasta se vaikuttaa potilaan asenteisiin sairauden hoidosta ja hoitomyönteisyyteen. (Kääriäinen 2007, 134) (liite 1.)

Hyvä ohjaus on yksilön tarpeet huomioivaa, yksilöllistä ja persoonallista perustuen tavoitteisiin ja standardeihin. Hyvä ohjaus on hyvin suunniteltua, organisoitua, rajattua ja sille on varattu riittävästi aikaa. Ohjaus perustuu turvalliseen ja läheiseen vuorovaikutukseen, jossa ilmenee tuki, rohkaisu ja kannustus. (Väisänen 2003, 76-77.)

Ohjauksessa opitaan yhdessä kuunnellen ja tasavertaisesti neuvotellen. Hyvässä ohjauksessa annetaan tilaa ja vapautta ohjattavalle sekä luodaan avoin ilmapiiri. (Väisänen 2003, 76-77.) Potilaan tulisi siis pystyä luottamuksellisesti kertomaan hänen mieltään painavia tai epäselviä asioita. Jotta ohjaustilanteet pysyisivät mielekkäinä myös hoitajalle, olisi hänen suotavaa käyttää omaa luovuuttaan ja persoonaansa työkaluna apuna ohjauksessa, jotta ohjauksesta ei tulisi vain välttämätön rutiini. Sillä ohjauksen laadulla on vaikutusta potilaan terveyteen ja potilastyytyväisyyteen. (Ohtonen 2006.) Pää tavoitteena kuitenkin on luoda oppimiskokemus, jossa autetaan ohjattavaa oppimaan, kehittymään ja löytämään ratkaisuja ongelmiin. (Väisänen 2003, 76-77.)

Sairaanhoitajalla on vastuu varmistaa, että asiakas on varmasti ymmärtänyt ohjauksen, koska sairastuminen voi vaikuttaa potilaan tasapainoon, jolloin uuden oppiminen voi olla vaikeaa. Ohjauskertoja tulee lisätä, jos ohjattava vaatii sitä asian ymmärtämiseksi. Onnistunut ohjaus tuo myös hoitajalle hyvän olon tunteen onnistumisesta. Potilasohjausta tulisi kehittää ja arvioida asiakaspalautteen avulla, varsinkin kun hoitoajat lyhenevät. Laajasti ajateltuna hyvällä ohjauksella on taloudellisesti positiivisia vaikutuksia kansantaloudessa, kun esimerkiksi vältetään turhilta infektioilta. (Ohtonen 2006.)

7 VIDEO OPPIMATERIAALINA

Potilaan ohjauksessa voidaan käyttää erilaisia teknisiä apuvälineitä, esimerkiksi videoita ja tietokoneita. Videon katseleminen voi aiheuttaa potilaassa hyvinkin vahvoja tunteita, joten potilaalla tulee olla mahdollisuus puhua hoitajan kanssa videon asiasisällöstä, ettei väärinkäsityksiä syntyisi. Potilas voi aina palata internetin välityksellä takaisin katselemaan videoita. Videon käyttäminen ohjauksessa on yleistä. Niillä voi esimerkiksi esitellä kokemuksia, paikkoja, ohjeita ja tilanteita. (Kyngäs ym. 2007, 116-117, 122.) Kuva antaa informaatiota, hahmottaa kokonaisuuksia, välittää mielikuvia ja herättää tunteita. Etenkin video helpottaa muistamista ja mieleen palauttamista. (Vuorinen 2009, 150.)

7.1 Video oppimateriaalina sosiaali- ja terveysalalla

Oppimateriaalina video on hyvä niille potilaille, joilla on hankalaa lukea kirjallista materiaalia. Video on ohjaustilanteessa hyödyllinen, helposti vastaanotettava ja taloudellinen tapa antaa paljon tietoa oikea-aikaisesti. Videon tukena voi käyttää myös kirjallista oppimateriaalia. (Kyngäs ym. 2007, 116-117, 122.) Videolla voi olla puhetta, tekstiä ja näiden lisäksi ääntä ja kuvaa. Audiovisuaalisten oppimateriaalien määrä on kasvussa sosiaali- ja terveysalalla potilasohjauksessa, joten sosiaali- ja terveysalan tuotteissa ei saa olla virheitä ja niiden tulee olla perustua tutkittuun tietoon. (Jämsä & Manninen 2000, 59.) Yritysvideon tulisi olla kestoaltaan 8-12 minuuttia. Mitä lyhyemmin ja tehokkaammin video on tehty, sitä parempi se on. Esittelyvideon tavoitteena voi olla esimerkiksi kertoa yrityksestä ja sen toiminnasta tai synnyttää erilaisia mielikuvia katsojille. Siksi onkin tärkeää valita päätavoite tai päätavoitteet videolle. Ohjelmasta voi tulla muuten hajanainen, sekava tai se ei tavoita kohderyhmäänsä. (Aaltonen 2002, 17-20.)

Omaa videota tehdessämme otimme nämä edellä olevat seikat huomioon. Halusimme kaksi erillistä videota, jotta yhdessä videossa ei olisi liikaa informaatiota. Videot ovat molemmat noin kahden minuutin mittaisia ja ovat mielestämme juuri sopivia kestoaltaan oppimateriaaliksi. Virheiden välttämiseksi olemme yhdessä työelämäyhteysenkilön kanssa käyneet läpi videon sisällöt ja tehneet korjauksia heidän toivomuksiensa mukai-

sesti. Näin varmistimme, että videossa ei ole virheitä. Tavoitteenamme videolle oli, että jokainen suomen kieltä osaava potilas tai omainen saisi tasavertaisen oppimismahdollisuuden Leiko24 yksikön leikkausvalmisteluista kotona ja itse leikkauspäivästä.

Ihmiset ovat tietoisempia terveydestä ja hyvinvoinnista, mikä ohjaa heitä hakemaan palveluita erilaisten organisaatioiden kautta. Sosiaali- ja terveysalalla tulee ottaa huomioon tuotetta kehittäessä, että sillä on useita asiakkaita. Ammattilaisen tulee huomioida nämä seikat. Sosiaali- ja terveysalan videot suunnitellaan ja kehitetään tuotekehityksen perusvaiheiden mukaisesti. Alussa tehdään tutkimuksia (asiakas- ja potilaskyselyjä), mitkä ovat organisaation kehittämistarpeista ja näitä tarpeita aletaan työstää. Keskeisintä on selvittää ongelman laajuus ja sen yleisyys. (Jämsä & Manninen 2000, 20-22, 28-32.) Hatanpään kantasairaalan Leiko24 yksikössä toteutettiin Innolinkin asiakastyytyväisyyskysely loppuvuodesta 2012. Kyselyn tuloksissa nousi esiin kehittämisehdotuksena parempi aikataulutus ja potilaan onnistuneempi tiedottaminen leikkauspäivän kulusta. (Lisma 2013a, 4.) Leiko24 yksikön mukaan potilaat tarvitsevat tietoa leikkauspäivän kulusta ja valmistautumisesta, jotta toimenpidepäivä sujuisi ongelmitta. Tekemämme video palvelee heidän tarpeitaan. Huomioimme, että videota katselevat voivat olla eri-ikäisiä aikuisia, joten teimme videosta selkeän ja helposti ymmärrettävän. Työelämäyhteyshenkilö antoi meille selkeät ohjeet, mitä he haluaisivat videossa näkyvän.

7.2 Videon suunnittelu

Kun videon sisältöä suunnitellaan, tulisi jokainen idea kirjoittaa muistiin ja juuri sellaisena kuin se tulee mieleen. Kun ryhmä on pieni, tulisi käyttää aivoriihiä. Tarkoituksena on synnyttää mahdollisimman paljon ideoita vapaassa ilmapiirissä. Ideoita muokataan jatkuvasti, asetetaan niille vastakohtia ja tuodaan uusia asioita esille. (Aaltonen 1993, 29-33.) Opinnäytetyötä tehdessämme teimme muistiinpanoja ideoista kuinka tehdä video. Ideoita esittelimme pitkin matkaa työelämäyhteyshenkilölle ja hioimme videota.

Kuvauspaikan suunnittelussa tulisi ottaa pienetkin yksityiskohdat, visuaalisesti komeat asiat ja paikan ominaispiirteet huomioon. Kuvauspaikan organisaatiota kannattaa haastatella paikasta, sillä heiltä saa suoraa ja epäsuoraa informaatiota. (Aaltonen 1993, 23-25.) Ennen videon kuvausta saimme käydä yksikössä tutustumassa. Meille esiteltiin

paikkoja ja kerrottiin Leiko24 yksikön päivästä. Otimme valokuvia iPadilla ja mietimme samalla valaistusta ja kuvakulmia. Lisäksi hahmottelimme, mistä kaikista paikoista haluamme ottaa kuvia videoomme.

7.3 Videon luonnostelu

Kun on päätetty millainen tuote halutaan, käynnistyy luonnostelu. Tuleva tuote tulisi olla laadultaan hyvä ja miettiä kenelle tuote on hyödyksi ja millainen on tuotteen lopputulos. Hyvä tuote on suunniteltu ottaen huomioon käyttäjäryhmän tarpeet, kyvyt ja muut ominaisuudet. (Jämsä & Manninen 2000, 43-50.) Aaltosen (1993) mukaan hyvä video tekee vain yhden tai muutaman asian hyvin, mutta se tekee sen todella hyvin (Aaltonen 1993, 15).

Luonnosteluvaiheessa on hyvä ottaa huomioon myös kehittämishankkeen toimeksiantajat. Tässä vaiheessa olisi myös hyvä olla tukena joku ammattilainen, joka auttaa tuotteen suunnittelussa. Hyvän videon tekemiseen suositellaan ammattilaisten käyttämistä, koska he osaavat esittää vaihtoehtoja tuotekehityksen eri vaiheiden tekemiseen. (Jämsä & Manninen 2000, 43-50.)

Luonnosteluvaihe etenee valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, rajausten ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Tuotteen valmistamisen ensimmäinen työvaihe on työpiirustus, missä tehdään mallipiirros tuotteesta. Käsikirjoitus on hyvän videon perusta. Tekijän tulee tietää videon kohderyhmä, tavoitteet, käyttötarkoitus ja tilanteet, sekä videon aihe ja sen sisältö. Käsikirjoitus vaiheessa rajataan videon sisältö, rakenne ja tyyli. Tässä vaiheessa tulisi tehdä yhteistyötä kehittämishankkeen toimeksiantajien kanssa. Sosiaali- ja terveysalan asiakas odottaa, että videon sisältö ja väitteet ovat tosia ja uskottavia. Videolla tapahtuva kertomistapa tulee olla kunnioittava asiakasta kohtaan. Videon alun tulee herättää asiakkaan mielenkiinto. Sen voi tehdä esimerkiksi jonkin henkilön puheenvuoron avulla tai esittelyllä. Videolla näkyvä teksti ja grafiikka havainnollistavat yksityiskohtia. Selostusteksti selventää kuvaa ja muuta sisältöä. Käsikirjoituksesta tulee aina pyytää palautetta, jotta käsikirjoitusta pystyy muokkaamaan koko prosessin ajan. (Jämsä & Manninen 2000, 54-60.)

Emme olleet koskaan aikaisemmin tehneet videota tai käsikirjoitusta, joten sen aloittaminen oli vaikeaa. Kirjallisuutta löytyi itse elokuvien tekemisestä, ei niinkään videon tekemisestä. Saimme kuitenkin käsityksen videon perusrungosta ja yritimme edetä siinä johdonmukaisesti. Tässäkin työelämäyhteyshenkilö oli korvaamaton apu, sillä hän auttoi meitä käsikirjoituksen muokkaamisessa (liite 3 ja 4). Sovimme yhdessä työelämäyhteyshenkilön kanssa tekstin fontista, koosta ja tekstin elävöittämisestä.

Lopussa tuote viimeistellään ja siitä toivotaan palautetta ja arviointia. Tuote olisi hyvä testauttaa testiryhmällä ennen sen käyttöön ottoa. Tuotetta voi vielä korjata tarvittaessa. Tuote tulee olla esteettisesti kokonainen. Ihminen elää aistiensa varassa ja näin hän muodostaa kokonaiskäsityksen tuotteesta. Tuote voi lisätä asiakkaan huomiota ja lisätä kiinnostusta tuotetta kohtaan, myös sitoutuminen tuotteeseen voi olla estetiikan syynä. (Jämsä & Manninen 2000, 80.) Koko yksikkö on katsonut videon kaksi kertaa eri kerroilla läpi. He ovat saaneet tehdä parantamishdotuksia. Kaiken kaikkiaan videosta saatu palaute on ollut positiivista ja rakentavaa ja olemme ottaneet palautteen vastaan kiitollisena.

7.4 Videon sisältö

Yleensä kaikki videot alkavat aloitusosalla, jolla viritetään katsoja esityksen vaatimalle vastaanottotasolle. Alussa kerrotaan esityksen nimi, ja joskus myös tarkempia tietoja esityksestä. Suositus on kuitenkin jättää pitkät litaniat videon loppuun. Hyviä aloituskonsteja ovat esimerkiksi still-kuva, jonka päälle tulee esityksen nimi ja aloitusta tukeva musiikki joka saa katsojan tunnelmaan. Musiikin ja äänen voimakkuutta voi myös aloituksen jälkeen pehmentää. Aloitusosan pituus on suositeltavaa olla 10-20 sekuntia. Aloituksesta tulisi tehdä niin houkutteleva, että se saa katsojaryhmän viipymään ruudun edessä mahdollisimman pitkään. Videon loppuun tulee yleensä lista tekijöistä ja mahdolliset copyright- eli tekijänoikeusluettelot. (Levy 2011, 60-62.)

Videomme aloitusosa alkaa Hatanpään kantasairaalan kuvalla ja musiikilla. Olemme valinneet musiikiksi rauhallisen kappaleen, joka mielestämme sopii videoon hyvin. Videon alussa lukee mikä on videon nimi ja toisessa videossa on vielä lisänä tervetulotöivotus ja Hatanpään kantasairaalan osoite. Sovimme, että videon loppuun ei tule meidän tekijöiden nimiä. Nimemme tulevat näkymään vain Hatanpään kantasairaalan internet-

sivuilla videon yhteydessä. Videon loppuun on merkitty, mistä Powerpoint- taustan kuva ja musiikki on peräisin.

Selostustekstin tarkoituksena on selventää kuvan ja äänen välittämää informaatiota. Teksti kertoo mistä on kyse ja suuntaa esitystä eteenpäin. Teksti voi olla myös osana tunnelman luomiseen. Tekstin on oltava lyhyttä, yli 18 sanan sisältävä virke on liian pitkä. Tekstin tulee olla yksinkertainen, lukuja ja tilastoja ei suositella. Tekstissä tulee olla paljon verbejä ja aktiivilauseiden käyttöä, lyhyitä tuttuja sanoja. Kohdeyleisölle liian hankalia tai tuntemattomia ilmaisuja ei tule käyttää. Hyvässä videossa kuva täydentää tekstiä. Selostus antaa lisäinformaatiota kuvaan. Estetiikan vuoksi tekstit, niiden typografiat, väri ja asemointi luovat kokonaisuuden. (Aaltonen 1993, 133-136.) Videossamme on kertojanääni, joka kertoo mitä kuvassa tapahtuu. Luemme myös osan teksteistä ääneen, jotta potilaan on helpompi vastaanottaa tietoa. Tekstimme ovat lyhyitä ja selkeitä. Pyrimme saamaan videosta rauhallisen ja ymmärrettävän, joten Powerpoint-kuviksi valitsimme vaaleanvihreän värin.

8 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyömme on tuotokseen painottuva ja teemme ohjausvideon Leiko-potilaille. Ammattikorkeakoulussa on mahdollisuus tehdä tuotokseen painottuva opinnäytetyö tutkimuksellisen opinnäytetyön sijaan. Tuotokseen painottuvassa menetelmässä lopputuloksena saadaan aina konkreettinen tuotos. Se voi olla esimerkiksi kirja, ohjeistus, tietopaketti tai cd-rom. Tärkeä piirre tuotoksessa on viestinnällinen kokonaisilme ja sen tulee palvella kohderyhmäänsä. (Vilkka & Airaksinen 2004, 51.)

Leiko-yksikössä potilaan tulee olla itsestään ohjautuva, joten materiaali, jonka saa internetistä, tulee palvella heidän tiedonsaantiaan. Hyvinkään sairaalan ylilääkäri Tohmon mukaan (2010) Leiko-toiminta on melko uutta Suomessa, joten ihmiset eivät tiedä kyseisestä toiminnasta vielä juurikaan (Tohmo 2010, 310).

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja aihe tuli Hatanpään sairaalan Leiko24 yksiköltä. Yksikkö halusi meidän tekevän ohjaus- ja esittelyvideon heidän tuleville leikkauspotilailleen. Hatanpään sairaalassa otettiin käyttöön vuonna 2012 uusi Leiko-toimintamalli, joten tämän takia työelämäyhteys halusi kehittää potilaiden tietämystä kyseisestä toiminnasta (Lisma 2013, 1-7). Video tulisi näkymään Hatanpään sairaalan internet-sivuilla ja mahdollisesti heidän omassa odotusaulassaan. Tarkoituksena oli esitellä Leiko24 yksikkö ja leikkausprosessi potilaille, eli kuinka potilas valmistautuu toimenpiteeseen kotona, tulee sairaalaan ja kokee toimenpidepäivänä yksikössä.

Työelämäyhteyden aktiivinen ote opinnäytetyöhömme antoi meille paljon varmuutta tehdä työtämme ja saimme hyvin konkreettista tietoa osaston toiminnasta. Airaksisen ja Vilkan (2004) mukaan on tärkeää, että työelämä taho on antanut valmiiksi aiheen, jota lähdetään työstämään. Valmis aihe lisää kiinnostusta työhön, sekä suhteiden luomista työelämään ja tiimityöskentelyyn. (Vilkka & Airaksinen 2004, 16–17.)

8.1 Tuotoksen ulkoasu

Flowworks antoi meille idean käyttää iPadin iMove-sovellusta videon tekemiseen. Firma toimii yhdessä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Firma on erikoistunut

antamaan tukea Tampereen ammattikorkeakoulun henkilöstölle teknologiaosaamisen kehittämiseen ja teknologisissa projektityöskentelyissä opiskelijoidenkin auttamiseen. Kuitenkin videota työstäessämme tajusimme, että iPadin iMove-sovellus ei palvellut meidän tarpeitamme. Otimme kuitenkin iPadillä yksiköstä kuvia, jotka tulivat videoomme. Käytimme kuitenkin videon tekemiseen Windows Movie Maker-sovellusta, joka osoittautui paremmaksi vaihtoehdoksi. Suunnittelimme valmiiksi videon rungon ja sisällön joihin työelämäyhteyshenkilö antoi palautetta ja kehittämisohjeita.

Työelämäyhteys piti videolle kohderyhmänä Leiko24 yksikön tulevia potilaita ja heidän läheisiään. Mietimme yhdessä tärkeitä ja oleellisia asioita videoon. Päädyimme siihen, että videon tulisi olla selkeä, yksinkertainen ja suurin osa Leiko24 yksikköön tulevista potilaista hyötyisi siitä.

Tekstin tulee olla lyhyt ja yksinkertainen ja se sisältää kohdeyleisölle tuttuja sanoja. Välillä kuva täydentää tekstiä. Selostus antaa lisäinformaatiota kuvaan. Tärkeää on huomioida värit, typografia ja asemointi. Näin luodaan hyvä video. (Aaltonen 1993, 133-136.) Tekstin fonttina olemme käyttäneet Arialia ja isoja kirjaimia.

8.2 Tuotoksen sisältö

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyömme asiasisältö pohjautuu teorial tietoon ja työelämäyhteyshenkilöltä saamaamme materiaaliin yksikön toiminnasta (liite 2). Otimme kuvia muun muassa potilaan tulosta sairaalaan, esikäynnistä, ilmoittautumisesta, vaatteiden vaihdosta ja leikkaukseen valmistautumisesta osastolla. Kuvasimme myös hoitohenkilökunnan tapaamisen, leikkaussalin oven ja heräämön. Lopuksi kerroimme kotiutuskriteerit, mahdollisten hoito-ohjeiden kuuntelemisen ja mihin potilas voi ottaa yhteyttä, jos tulee kysyttävää. Pyrimme saamaan mahdollisimman selkeän ja yksinkertaisen kuvan potilaan valmistautumisesta ja toimenpidepäivästä. Tuotoksemme painottuu ennen leikkausta tapahtuvaan vaiheeseen, koska työelämätaho piti sitä tärkeänä.

Ohjausvideon kuvamateriaali on kuvattu Hatanpään kantasairaalan tiloissa ja sairaalan ulkopuolella. Olemme saaneet kaikilta videossa olevilta suullisen luvan käyttää

materiaalia opinnäytetyössämme. Otimme kuvia yksiköstä niin, että potilas saisi selkeän kuvan päivän tapahtumista. Olemme ottaneet Leiko24 yksiköstä still-kuvia ja kirjoittaneet videossa oleviin Powerpoint-pohjiin tekstiä ja toimineet videon kertojanaäninä. Olemme saaneet luvan käyttää Powerpoint-pohjaa opinnäytetyössämme (liite 5), koska se ei mene meillä kaupalliseen käyttöön. Valitsimme ohjausvideon taustamusiikin iMove sovelluksesta, koska se on yleisessä jaossa eikä ohjausvideo ole kaupalliseen käyttöön tarkoitettu.

8.3 Toteuttamisen vaiheet

Opinnäytetyömme aiheen saimme Hatanpään sairaalan Leiko24 yksiköltä. Valitsimme opinnäytetyömme aiheen aiheenvalintaseminaarissa tammikuussa 2013. Koko opinnäytetyön tekemisen ajan (kuvio 3) aihe, eli ohjausvideo Leiko-potilaille, on pysynyt samana. Toukokuussa 2013 esitimme tekemämme suunnitelman opinnäytetyöstämme suunnitelmaseminaarissa. Teoriaosuutta keräsimme kevään 2013 aikana ja toimitimme tutkimuslupahakemuksen työelämätaholle. Olemme käyneet kevään ja syksyn 2013 aikana ohjauksissa ja työelämäyhteys henkilön kanssa palaverreja koskien videon tekemistä. Kesällä suunnittelimme videon runkoa ja alkusyksystä teimme videon Windowsin Movie Maker-sovelluksen avulla. Syksyllä olemme käyneet esittämässä videon työelämälle ja tehneet tarvittavia korjauksia siihen. Opinnäytetyötä hioimme koko syksyn ja alkuvuoden ajan ja saimme sen palautuskuntoon maaliskuussa. Olemme pyytäneet opinnäytetyömme teoriaosuuden tekemiseen palautetta opinnäytetyö opettaja ohjaajalta ja työelämätaholta. Saamamme palautteen pohjalta olemme tehneet tarvittavia korjauksia työhömmme.

Opinnäytetyön tekijät maksoivat itse kaikki kustannukset, kuten opinnäytetyön painatuksen, tulostukset, matkat ja videon tekemisen. Opinnäytetyön työryhmään osallistuivat tekijöiden lisäksi ohjaava opettaja, opponentit, työelämäyhteyden vastuuhenkilö ja Flowworks.



KUVIO 3. Opinnäytetyön aikataulu

9 POHDINTA

Opinnäytetyö oli mielestämme helppo aloittaa, sillä olimme saaneet hyvät kirjalliset ohjeet työtämme varten koulun kurssilta. Ensiksi aloimme etsiä eri tietolähteistä informaatiota ja lopulta saimme hyvinkin nopeasti tarvittavan teoriatiedon kasaan. Vaikeinta työssä oli äidinkielen oikeaoppiminen kirjoittaminen. Videon tekeminen oli yllättävän helppoa Windows Movie Maker-sovelluksen avulla. Työelämäyhteyshenkilö, ohjaava opettaja ja opponoiijat olivat korvaamaton apu työtä tehdessämme, sillä saimme paljon neuvoja, palautetta ja kehittämisehdotuksia videon tekemiseen ja opinnäytetyön teoriaosuuteen.

Omasta mielestämme olemme saavuttaneet opinnäytetyöllemme asetetut tavoitteet. Yhteistyömme oli hyvää ja teimme opinnäytetyötä tasapuolisesti. Teoriaosuutta teimme yhdessä sekä erikseen. Opinnäytetyön tekeminen opetti yhteistyötaitoja ja olemme kehittyneet tiedonhaussa sekä tiedonkäsittelyssä.

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikka on mukana tilanteissa, joissa ihminen pohtii suhtautumistaan omiin ja toisten tekemisiin. Tutkimusetiikkaan kuuluvat eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet, joita tutkijan tulisi omassaan ammatissaan harjoittaa. Tutkimusetiikka kertoo mihin arvoihin ja velvoitteisiin tutkijat ovat sitoutuneet. Tutkimusetiikan normit jaetaan yleensä totuuden etsimiseen ja tiedon luotettavuuteen, tutkittaviin ihmisarvoihin ja tutkijoiden keskinäisiin suhteisiin. Totuuden etsimistä ja tiedon luotettavuutta painottavat normit saavat tutkijan noudattamaan tutkimusmenetelmiä ja saamaan luotettavia tuloksia, joita tiedeyhteisö voi tarkastella. Ihmisarvoa tutkiessa korostetaan yhteisöjen itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja tutkimuksesta aiheutuvan vahingon välttämistä. (Kuula 2006, 23–25, 34-35.)

Olimme hyvin tarkkoja siitä, että lähteemme olivat kirjoittaneet alan asiantuntijat. Käytimme paljon sosiaali- ja terveysalan oppikirjoja, sairaanhoitopiirien internet-sivuja ja Leiko24 yksiköstä saamaamme tietoa. Etenkin pidimme sitä tärkeänä, että teemme juuri Leiko24 yksikölle ohjausvideota, opinnäytetyössämme käsittelemme Leiko24 yksikön

antamia tietoja sekä muiden sairaanhoitopiirien tietoja Leiko-toiminnasta. Tämä tekee opinnäytetyöstämme luotettavan. Lisäksi löytämämme tutkimukset opinnäytetyömme aiheesta antavat luotettavaa nykyaikaista tietoa.

Tutkijoiden väliset hyvät suhteet parantavat tieteen yhteisöllisyyttä, jossa on tärkeätä työn huomioiminen ja kunnioittaminen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön edustamia toimintatapoja, joihin kuuluu rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus, tallentaminen ja esittäminen ja arvioiminen. Tutkijat omaavat erilaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkijoiden tulisi kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia ja arvostaa heidän työtään. Tärkeää on, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tarkasti sille asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Kuula 2006, 23–25, 34–35.)

Mielestämme olemme olleet tarkkoja videota tehdessämme, sillä työmme tulee kaikkien nähtäville Hatanpään sairaalan internet-sivuille. Halusimme, että työ on selkeä ja jokainen suomenkielinen potilas ymmärtäisi Leiko-toiminnan merkityksen toimenpiteeseen valmistautumisessa ja itse toimenpidepäivänä. Arvioimme omaa työskentelyämme koko opinnäytetyön prosessin ajan. Kävimme mielestämme riittävän usein opinnäytetyön ohjaajan kanssa keskustelemassa opinnäytetyöstämme ja saimme neuvoja siitä, miten jatkaa työtämme eteenpäin. Käytimme työtä tehdessämme erilaisia tiedonhankintamenetelmiä, kuten Nelli portaalia, koulun kirjaston tietokantaa ja Tampereen yleistä julkista kirjastoa.

Lain mukaan teos, joka voi olla kirjallinen tai taiteellinen on oltava tekijänsä luovan työn omaperäinen tulos. Työtä ei ole saanut kopioida jo olemassa olevista teoksista. Tekijällä on oikeus päättää luovuttaako hän teoksen levitykseen. (Kuula 2006, 68.) Plagionti tarkoittaa toisen työn suoraan kopiointia omaan työhönsä ilman asianmukaista alkuperäisen lähteen ilmoittamista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 118). Olemme selkeästi merkanneet tekstiimme asiallisesti lähdeviitteet. Olemme itse ottaneet opinnäytetyöhömmme kuvia Hatanpään kantasairaalasta, joten tekijänoikeudellisia ongelmia ei pääse syntymään. Lisäksi olemme suunnitelleet itse tuotoksemme kuvaussuunnitelman.

Opinnäytetyötä tehdessämme emme ole törmänneet selkeisiin eettisiin ongelmiin. Jouduimme miettimään kriittisesti, että voimmeko käyttää tiettyjä lähteitä opinnäytetyös-

sämme, esimerkiksi alan oppikirjoja, sairaanhoitopiirien toimintaohjeita ja yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Mielestämme opinnäytetyömme lähteet ovat luotettavia, koska mielestämme alan oppikirjojen tekijät ovat alansa ammattilaisia ja korkeasti koulutettuja, joilla on ajantasaista tietoa. Valitsimme videon tekemiseen hieman vanhemman lähteen, sillä mielestämme videon rungon tekemisperiaatteet eivät vanhene yli kymmenessä vuodessa. Vaikka lähde oli yli kymmenen vuotta vanha, tutkimme sitä kriittisestä näkökulmasta muu ajankohtainen teoriatieto tukenamme. Käytimme paljon alaan kuuluvia lehtiä lähteinä. Leiko-toiminta on vielä kovin uutta Suomessa, joten tutkittua tietoa siitä ei juuri löytynyt. Suomen terveysalan lehdistä löysimme asiantuntijoiden artikkeleita aiheesta, mutta ulkomaalaisten terveysalan lähteiden löytäminen oli vaikeata. Saimme myös hyvää lisätietoa Leiko-toiminnasta asiantuntijalta, joka toimii Hatanpään kantasairaalan Leiko24 yksikön osastonhoitajana.

9.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyömme tehtävänä oli selvittää Leiko-toiminnan sisältö, potilaan valmistautuminen leikkaukseen kotona, hyvä potilasohjaus ja hyvän oppimateriaalivideon laatiminen. Leiko-toiminnasta saimme paljon tietoa itse Leiko24 yksiköltä. Käsittelimme teoriaosuudessa kaikkia opinnäytetyömme tehtävien aiheita. Lisäksi lisäsimme loppuun tarkan kuvaussuunnitelman videon sisällöstä ja prosessikaavion Leiko24 yksikön toiminnasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjausvideo Hatanpään sairaalaan Leiko24 yksikölle potilasohjaukseen. Mielestämme tuotos onnistui hyvin siihen nähden, ettei kummallakaan opinnäytetyön tekijällä ollut kokemusta videon tekemisestä ohjauskäyttöön. Saimme videosta selkeän ja miellyttävän näköisen. Työelämäyhteys piti videota ja kuvia hyvinä. Opinnäytetyön prosessin aikana työelämäyhteyshenkilö auttoi meitä videon ulkoasun hiomisessa ja antoi meille palautetta. Mielestämme tuotoksemme palvelee tulevia potilaita Leiko24 yksikössä.

Tutkimustietoa löysimme hyvin kaikesta muusta, paitsi Leiko-toiminnasta, joten tukeuduimme paljon myös työelämätahon haastatteluun lähteissämme. Kehittämisehdotuksena on tutkia, miten opinnäytetyön tuotos palvelee Leiko24 yksikön

potilaita. Tämän voisi tehdä kyselytutkimuksen avulla. Tulosten pohjalta voisi tehdä uuden tuotoksen, joka on heidän tarpeita ja toiveita vastaavaa.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan työkalut. Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Aaltonen, J. 1993. Käsikirjoittajan työkalupakki. Helsinki: Painatuskeskus.

Alila, A., Maanselkä, S., Mustajoki, M. & Rasimus, M. 2005. Sairaanhoidajan käsikirja. 3. painos. Hämeenlinna: Duodecim.

Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä- Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Igwig. 2013. What information do you need before having surgery? Luettu 14.1.2013. <http://www.informedhealthonline.org>

Iivainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. 2. painos. Hämeenlinna: Tammi.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla Vantaa: Tammi.

Karinen, J. & Ali-Melkkilä, T. 2006. Potilaan valmistelu anestesiaan ja esilääkitykseen. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. Helsinki: Duodecim.

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Duodecim 2006;122(12):1412-1413.

Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa - malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Suomen lääkirilehti 45/2008. 3887-3892.

Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. Leiko-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. Suomen lääkirilehti 61 (36), 3603-3607.

Keränen, U., Tohmo, H. & Soirinsuo, M. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) - toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. Suomen lääkirilehti 58 (36), 3559-3563.

Kinnunen, T., Korte, R. & Lukkari, L. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

- Kontinen, V. & Hynynen, M. 2003. Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä? *Finnanest* 36 (4), 340-341.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005a. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 3 3/2005, 27-29.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005b. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 3 1/2005, 10-14.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoottisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Lahtinen, E. & Pekansaari, A. 2013. Maahanmuuttajien kokemuksia ohjauksesta ennen ja jälkeen leikkauksen. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) - a preoperative process. To Operation (FHTO) - a preoperative process. Kliininen laitos. Helsingin yliopisto.
- Laitinen, R. 2003. Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 05.12.2013.
<http://www.finlex.fi>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.06.1994/559. Luettu 05.12.2013.
<http://www.finlex.fi>
- Levy, J. 2011. Digitaalinen videoeditointi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lisma, S. 2013a. Toimintakertomus. Tampereen kaupunki.
- Lisma, S. Osastonhoitaja. 2013b. Haastattelu 29.05.2013. Haastattelija Lehtola, K. & Viljanen, T. Tampereen kaupunki. Leiko24 yksikkö.
- Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Luettu 03.02.2014. Päivitetty 19.1.2009.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. *Sairaanhoitajalehti* 10/2006.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>
- Pajunen, M. 2009. Leiko – toiminta käynnistyi Hatanpään kantasairaalassa. 5.8.2009. Luettu 2.5.2011.
<http://www.tampere.fi>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Leikkauspotilas. Päivitetty 28.11.2012. Luettu 13.04.2013.

<http://www.pshp.fi>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Leikkaukseen tulevalle potilaalle. Luettu 13.04.2013.

<http://www.pshp.fi>

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu – tutkielma.

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2010. Leiko- leikkaukseen kotoa. Päivitetty 16.02.2010. Luettu 13.04.2013.

<http://www.satshp.fi>

Smeltzer, S C., Bare, B G., Hinkle, J L. & Cheever, K H. 2010. Brunner & Suddarth`s Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12. painos. China: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Päivitetty 22.08.2013. Luettu 04.12.2013.

<http://www.stm.fi>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Julkaistu 17.02.2008. Luettu 19.01.2014. <https://www.kaypahoito.fi>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. NYHA-luokitus. Julkaistu 24.01.2011. Luettu 05.12.2013.

<http://www.thl.fi>

Tuominen, M. 2005. Päiväkirurgisen potilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tohmo, H. 2010. Miten Leiko – toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? Finnanest 4, 310–311.

Työohje. 2013a. Potilaiden vastaanotto ja leikkausvalmistelut leikkausaamuna. Kirurgian vuodeosaston ja Leiko24 yksikön toiminta- ja hoitoprosessi. Tampereen kaupunki. Hatanpää Oy.

Työohje. 2013b. Hoitosuunnitelman teko ja verikokeiden tilaaminen. Kirurgian vuodeosaston ja Leiko24 yksikön toiminta- ja hoitoprosessi. Tampereen kaupunki. Hatanpää Oy.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Tampere: Tammi.

Vuorinen, I. 2009. Tuhat tapaa opettaa. Tampere: Vammalan Kirjapaino Oy.

Väisänen, P. 2003. Tutkimuksia opetusharjoittelun ohjauksesta. Painos 1. Joensuu: Suomen harjoittelukoulut.

LIITTEET

Liite 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

TAULUKKO 1. Opinnäytetyöhön liittyvät tutkimukset

Sukunimi (vuosi) Työn nimi, Työn luonne	Tarkoitus/tavoite, tehtävät/ongelmat	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo (2008) Leikkaukseen kotoa-malli sovel- tui valtaosalle leik- kauspotilaista Hy- vinkäällä Terveysthuolto- tutkimus	Tarkoituksena on sel- vittää leikkaukseen kotoa-prosessin käyt- tönoton analysoimi- nen.	Kvantitatiivinen tutkimusmene- telmä Hyvinkään sai- raala N= 7211 Tilastollinen ana- lyysi	Leiko-mallia voidaan hyödyn- tää useimpien potilaiden opera- tiivisessa hoi- dossa. Leiko- prosessista hyö- tyvät myös suu- ren riskin poti- laat. Kaikista leikkaukspotilais- ta 76% kulki Leiko-yksikön kautta. Preoperatiivinen anestesiapoliklin- ikka on toimiva osa Leiko- prosessia.
Keränen, Keränen & Wäänänen (2006) Leiko-prosessi ja perinteinen preope- ratiivinen prosessi vertailussa Terveysthuoltotut- kimus	Tarkoitus on selvittää potilaaseen kohdistuva henkilökunnan käyttä- mä aika. Tavoitteena oli verrata kahden preoperatiivisen prosessin eroavaisuuksia seuraamalla potilaiden liikkeitä ajan suhteen.	Kvantitatiivinen tutkimusmene- telmä Hyvinkään sai- raala N= 288 Analysointi KEP- teorian mittareiden avulla.	LEIKO-prosessi sitoo suoraan 73 % vähemmän sairaalan henki- lökunnan aika- resursseja kuin kirurgian osaston toiminta. LEIKO-yksikkö on tehokkuudel- taan ylivoimainen perinteiseen vuodeosaston kautta kulkevaan potilasprosessiin nähdessä.

<p>Kääriäinen (2007)</p> <p>Potilasohjauksen laatu: Hypoottisen mallin kehittäminen</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana sekä määritellä ohjaus-käsite ja testata käsitteen rakenne.</p> <p>Tavoitteena on tuottaa tietoa ohjaukseen liittyvän päätöksenteon, hoitohenkilöstön ohjaustoiminnan ja kliinisten ohjauskäytäntöjen arvioinnin ja kehittämisen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä</p> <p>N= 844</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>Laadukas ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa</p>
<p>Laisi (2012)</p> <p>From home to operation (FHTO) a preoperative process</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena on selvittää Leiko-prosessia (FHTO) ja selvittää prosessiin siirtymisen seurauksia.</p> <p>Tehtävänä on selvittää käytännön kustannustehokkuutta, turvallisuutta ja vaikutusta leikkauksiloksiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä</p> <p>Hyvinkään sairaala</p> <p>N= 12 205</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>Vain neljäsosa potilaista ohjattiin leikkausta edeltävään polikliniseen anestesia-arvioon. Arvioon ohjatut potilaat olivat sairaampia ja heidän leikkauksensa oli vaativampi. Kaikista suunnitelluista leikkauksista peruttiin 4,5 prosenttia. Yli 70 prosenttia peruutuksista johtui potilaslähtöisistä syistä. Yleisin yksittäinen syy oli se, että leikkaus ei ollut enää tarpeellinen.</p>

<p>Laitinen (2003)</p> <p>Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ja lievittäminen ennen leikkausta.</p> <p>Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa hoitajien kokemuksista potilaiden leikkauspelkojen tunnistamisesta ja niiden lievittämisestä ennen leikkausta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä</p> <p>Kyselylomake</p> <p>N= 84</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>Potilailla oli vähän anestesiaan liittyviä pelkoja. Suurin pelko oli puudutuksen sattuminen. Epävarmuus sairaudesta ja elämästä leikkauksen jälkeen toi ahdistusta. Hoitajat tunnistivat pelon usein erilaisista fyysisistä oireista. Pelkoa ja ahdistusta lievittääkseen hoitajat kertoivat toimenpiteestä, keskustelivat potilaiden kanssa pelon syistä.</p>
<p>Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola, Torppa (2005)</p> <p>Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta</p> <p>Tiedelehden artikkeli</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksen on selvittää potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta.</p> <p>Tutkimusongelmat: Millaiset ovat potilaiden käsitykset heidän saamastaan ohjauksesta? Miten ohjauksen saanti toteutuu ennen sairaalaan tuloa ja sairaalassa? Miten ohjaustoiminta toteutuu sairaalassa? Millaiset ohjauksen resurssit ovat? Millaisia vaikutuksia ohjauksella on? Miten ohjausta tulisi kehittää?</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä</p> <p>Kyselylomake</p> <p>N= 844</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>Ohjauksen saanti sekä ennen sairaalaan tuloa että sairaalassa osoitautui osittain riittämättömäksi. Ohjausta toteutettiin pääasiassa potilaslähtöisesti, ja ilmapiiri oli hyvä. Ohjauksen resurssit olivat kohtalaisen hyvät. Ohjausmenetelmistä hallittiin hyvin vain suullinen yksilöohjaus. Vähiten ohjaus vaikutti omaisten tiedonsaantiin ja potilaiden lääkkeitä käyttöön.</p>

<p>Saarela (2013)</p> <p>Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena on kuvata kirurgisen potilaan ohjausta asiantuntijasairaanhoidajan kokemana</p> <p>Tehtävänä on mitkä tekijät vaikuttavat ohjaukseen asiantuntijasairaanhoidajan kokemana</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>N=16</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>Kirurgisen potilaan ohjaukseen vaikuttavat erilaiset tekijät.</p> <p>Voimavarojen turvaaminen korostui potilaan ohjauksessa.</p> <p>Potilaan voimavaroja kokonaisvaltaisesti turvataan ohjauksen avulla.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Liite 3. Kuvaussuunnitelma 1

Videon runko: Valmistautuminen toimenpiteeseen

Kuvat: Hatanpään kantasairaalaan kuva, jossa lukee valmistautuminen toimenpiteeseen. Kuvat etenevät diaesityksenä, jossa kertojanäni kuvaa tapahtuman kulkua.

1. Esikäynti (Kuvia sairaalasta, sairaanhoitajan vastaanottohuone)

Selostus: Olette saaneet kutsun kirurgiseen toimenpiteeseen Hatanpään kantasairaalaan. Tarpeen mukaan teidät kutsutaan esikäynnille Leiko24 yksikköön 1-2 viikkoa ennen toimenpidettä. Teihin voidaan olla esikäynnin sijasta puhelimitse yhteydessä. Saatte myös kotinne kirjeen, jossa kerrotaan toimenpiteen ajankohta ja toimenpiteeseen valmistautumisohjeet. Ohjeita on syytä noudattaa tarkasti, jotta toimenpide onnistuisi.

2. Toimenpiteeseen valmistautuminen kotona (Kuva potilaan kodista, jossa hän lukee kutsukirjettä, jonka jälkeen check- lista kerrotaan ääneen)

Selostus: Toimenpiteeseen valmistautuminen alkaa kotona. Luettehan huolellisesti saamanne kirjeen mukana tulleet ohjeet. Jos teillä on kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä yksikköön, jossa hoitajat vastaavat mielellään kysymyksiinne.

Check lista: Kotona valmistautuminen

Tässä ovat yleisohjeet toimenpidettänne varten. Kirjeessänne voi olla myös lisäohjeita valmistautumiseen.

- muistattehan käydä hyvissä ajoin määrätyissä tutkimuksissa
- käykää suihkussa toimenpidettä edeltävänä iltana
- ihokarvoja ei saa itse poistaa toimenpidealueelta
- toimenpiteen alueen iho tulee olla ehjä ja terve
- päihteitä ei saa käyttää toimenpidepäivää edeltävänä päivänä
- toimenpidettä edeltävänä yönä klo 24 jälkeen täytyy olla syömättä, juomatta ja tupakoimatta
- saatte ottaa vettä korkeintaan puoli lasia lääkkeidenne kanssa, jotka lääkäri on määrännyt teille toimenpideaamuna otettavaksi
- toimenpidepäivänä ei saa käyttää meikkiä ja kynsilakat tulee olla poistettuna
- arvoesineet tulisi jättää kotiin
- jos kotiudutte toimenpidepäivänä, kotiin pääsyn edellytyksenä on, että täysi-ikäinen henkilö hakee teidät sairaalasta ja on luonanne toimenpiteen jälkeiseen aamuun saakka
- jos teillä on toimenpidettä edeltävästi yskää tai kuumetta, täytyy toimenpide turvallisuussyistä siirtää. Ilmoittakaa tästä sairaalaan mahdollisimman pian

(Diaesityksen lopussa vielä kuva sairaalasta ja tekijöiden nimet)

Videon kesto: 2min 28sec

Ääni ja musiikki: Taustalla soi hiljainen musiikki niissä väleissä kun ei ole kertojan ääntä. Musiikkina toimii iMoven kappale ”Modern”.

Kuvat: Kuvissa esiintyy kaksi Leiko24 yksikön sairaanhoitajaa, joilta on kuvausluvat kysytty. Kuvat ovat otettu Hatanpään sairaalasta ja Leiko24 yksiköstä. Powerpoint pohjan käyttö lupa PPTBack.com.

Editointi ja kuvat: Karoliina Lehtola
Kertojan ääni ja potilas: Tuuli Viljanen

Liite 4. Kuvaussuunnitelma 2

Videon runko: Toimenpidepäivä

Kuva: Hatanpään kantasairaalaan ja tekstinä toimenpidepäivä. Kuvat etenevät diaesityksenä, jossa kertojanaani kuvaa tapahtuman kulkua.

1. Leiko24 yksikköön saapuminen (Kuva Hatanpään sairaalan pääsisäänkäynnistä, jossa lukee Tervetuloa Hatanpään kantasairaalaan Leiko24 yksikköön Hatanpääkatu 24, 33101 Tampere)

Selostus: Leiko24 yksikköön pääsette kantasairaalan pääovista hisseillä toiseen kerrokseen. Ilmoittauduttehan sihteerille yksikköön tullessanne. Olette saaneet tarkan saapumisaajan esikäynnin tai kutsukirjeen yhteydessä. (Kuvia aulasta, Leiko24 yksikön pääovista, käytävästä, sihteerin huoneesta)

2. Valmistautuminen toimenpiteeseen (Kuva aulassa odottaminen, pukuhuone, vaatteiden vaihto)

Selostus: Ilmoittautumisen jälkeen aloitetaan toimenpiteeseen valmistautuminen, joihin kuuluu sairaalavaatteiden vaihtaminen ja potilasrannekkeen laittaminen ranteeseenne. Pukuhuoneessa teidän tulisi ottaa korut ja lävistyksesi pois. Omaisuutenne voitte jättää pukuhuoneessa lukolliseen kaappiin.

3. Odotustila (Kuva odotustilasta)

Selostus: Vaatteiden vaihdon jälkeen hoitaja ohjaa teidät odotustilaan. Jos ette ole käyneet esikäynnillä, tapaatte toimenpideaamuna anestesia- ja kirurgin ja fysioterapeutin. Tarvittaessa hoitaja antaa teille esilääkkeen ennen toimenpidettä.

4. Toimenpidehuoneeseen siirtyminen (Kuva toimenpidehuoneeseen meneminen ovista)

Selostus: Odotustilasta teidät haetaan toimenpidehuoneeseen, johon siirrytte kävellen.

5. Heräämö (Kuva heräämöstä)

Selostus: Toimenpiteen jälkeen siirrytte heräämöö, jossa hoitajat seuraavat vointianne.

6. Vuodeosasto (Kuva potilashuoneesta ja kotiuttamistilanteesta)

Selostus: Heräämöstä siirrytte seurannan jälkeen Leiko24 yksikköön. Kotiin pääsette toimenpidepäivän iltana tai seuraavana aamuna. Jos vointinne ei salli kotiuttamista vuorokauden sisällä toimenpiteestä, tarvittaessa teidän on mahdollista jäädä jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle A2 tai B3 Hatanpään kantasairaalaan.

7. Kotiutuminen (Check- lista, joka luetaan ääneen)

Kotiudutte kun olette täyttäneet kotiutumiskriteerit, jotka ovat:

- olette saaneet syötyä ja juotua
- olette saaneet virtsattua
- pystytte liikkumaan ohjeiden mukaisesti
- vointinne on hyvä ja kivut ovat hallinnassa
- haavasidokset ovat siistit
- olette saaneet kotihoito- ja kuntoutumisohjeet suullisesti ja kirjallisesti sekä olette saaneet tarvittavat reseptit ja sairauslomatodistuksen

(Kuva lähtö yksiköstä saattajan kanssa)

8. Yhteystiedot (Kuva ohjeista)

Selostus: Jos teillä on kysyttävää toimenpiteeseen liittyvistä asioista, otattehan yhteyttä Leiko24 yksikköön. Hoitajat vastaavat mielellään kysymyksiinne (puh. 03-56573353)

(Kuva sairaalasta ja tekijöiden nimet)

Videon kesto: 2min 54sec

Ääni ja musiikki: Taustalla soi hiljainen musiikki niissä väleissä kun ei ole kertojan ääntä. Musiikkina toimii iMoven kappale ”Modern”.

Kuvat: Kuvissa esiintyy kaksi Leiko24 yksikön sairaanhoitajaa, joilta on kuvausluvut kysytty. Kuvat ovat otettu Hatanpään sairaalasta ja Leiko24 yksiköstä. Powerpoint pohjan käyttö lupa PPTBack.com.

Editointi ja kuvat: Karoliina Lehtola
Kertojan ääni ja potilas: Tuuli Viljanen

Liite 5. Pptback.com kuvan käyttö lupa

Hi!

We are two nurse students from Finland. We need our school project somekind background to our video, can we use this photo to this school project? It goes to Hatanpää hospitals internet page and their patient tv. We can send our video where we use that picture if you like? We put copy rights properly.

Beatiful green grass Backgrounds for powerpoint presentations. www.pptback.com

Best regards

Karoliina Lehtola & Tuuli Viljanen

TAMK

Tampere university of applied sciences

Hi Karoliina Lehtola,

Thanks for first contacting.. If you want use any our images we haven't a problem but please you can't use in commercial projects. You can use it in all areas outside..

Best Regards,

PPTBack.com